



**PAULA ISABEL  
ASCENÇÃO SOUSA**

**TRAJETÓRIAS DE VIDA E A OPÇÃO PELO  
SISTEMA DE SUPORTE NO CONCELHO DE  
MIRA**



**PAULA ISABEL  
ASCENÇÃO SOUSA**

**TRAJETÓRIAS DE VIDA E A OPÇÃO  
PELO SISTEMA DE SUPORTE NO  
CONCELHO DE MIRA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia vertente de Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Cristina Sousa Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território e coorientação da Doutora Maria Luís Rocha Pinto, Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território.

*"If you want to go fast, go alone. If you want to go far, go together" African Proverb*

Ao Jonathan e ao Filipe pela vida e pelo amor que trazem à minha vida. Por fazerem constantemente de mim uma pessoa melhor. Por nunca me deixarem desistir. São os melhores amigos que poderia ter, das melhores pessoas que conheço. Muito, muito obrigada!

## **o júri**

Presidente

Professora Doutora Maria Piedade Brandão  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade  
de Aveiro

Vogal - Arguente Principal

Doutora Marta Cristina Gomes Faria Patrão  
Bolseira de Pós-Doutoramento Universidade de Aveiro

Vogal - Orientador

Professora Doutora Maria Cristina Sousa Gomes  
Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais,  
Políticas e do Território

## Agradecimentos

Esta investigação só é possível porque trabalhei, convivi e contactei com diversas pessoas que me ajudaram, motivaram e apoiaram. A todas gratulo o empenho e dedicação. Agradeço especialmente:

À minha mãe por ensinar a força do amor, por ensinar a viver e a superar obstáculos. Não imaginas o quanto te amo e admiro! És a melhor mãe do mundo!

À minha irmã, a minha eterna princesa, obrigada pela resiliência, coragem e alegria. Contigo a meu lado a vida é mais alegre e risonha. Amo-te.

Ao meu pai por me amar sem saber, por lutar para que os meus sonhos possam ser possíveis. Permaneceremos juntos, sempre.

À minha avó por ser a mulher da minha vida, o meu grande exemplo de coragem, força e dedicação. As palavras não chegam para descrever o quanto te amo, o quanto te devo e o quanto me inspiras todos os dias.

Ao Pedro, pelo amor, pela confiança, pela ousadia em ver mais além, pelas madrugadas e pelo mapa no bolso de trás.

À Professora Maria Cristina Gomes e à Professora Maria Luís Pinto por toda a paciência, calma, dedicação e competência ao longo de todo o processo.

À Câmara Municipal de Mira, Junta de Freguesia de Mira, Carapelhos, Seixo e Praia de Mira por todo o apoio na divulgação da investigação.

Aos Presidentes e Diretores Técnicos das IPSS por autorizarem e apoiarem a recolha de dados e, assim, contribuírem para esta investigação.

A todos os participantes deste estudo por confiarem em mim e aceitarem partilhar um pouco da sua trajetória de vida comigo.

Aos Leigos Missionários Combonianos, por serem família, por caminharem comigo e por me amarem tal como sou. Sou mais feliz, convosco. Permanecemos juntos!

À Marisa por ser companheira de tempestades, pelas primaveras, pelo silêncio, pelo amor e por toda a vida que traz.

À Ana por permanecer ao meu lado, pela paciência, dedicação e carinho que sempre me tem.

## palavras - chave

Trajetórias de Vida; Sistemas de Suporte Social; Respostas Sociais; Envelhecimento.

## resumo

**Objetivos:** O processo de duplo envelhecimento é universal. Em Portugal, este processo é acompanhado por um aumento e diversificação dos sistemas de suporte. Perante esta realidade, surge a necessidade de investigação acerca dos acontecimentos que influenciam na escolha do sistema de suporte. Assim, os objetivos deste estudo são perceber se as trajetórias de vida influenciam nesta escolha compreender os condicionantes e condicionadores inerentes a esta opção. **Metodologias:** Este é um estudo exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa (análise estatística descritiva, correlacional e de conteúdo). A amostra é composta por 255 pessoas idosas: 130 não usufruem de qualquer resposta social e 125 frequentam uma resposta social. Aplicou-se um inquérito de questões fechadas e abertas que abrangia diversas áreas como acontecimentos de vida, envelhecimento, e equipamentos utilizados, etc. **Resultados:** Os resultados indicaram que as pessoas idosas preferem o cuidado familiar em detrimento das respostas sociais, em caso de necessidade. Foi possível aferir que variável “com quem vive” relaciona-se significativamente com a opção pelo cuidado em caso de necessidade. As pessoas que vivem com o cônjuge e/ou filhos optam preferencialmente pelo cuidado familiar. **Conclusões:** Dado os resultados apresentados considera-se importante o desenvolvimento e adaptação do sistema de suporte social nomeadamente das famílias e da rede de suporte formal. Estes devem desenvolver-se e organizar-se para que seja possível tornar exequível as preferências de cuidado da pessoa idosa seja este ou não nos seus próprios meios.

## keywords

Life trajectory; Social Support System; Social Responses; Ageing

## abstract

**Objectives:** The process of double aging is universal. In Portugal, this process is accompanied by an increasing and diversification of support systems. Therefore, and facing this reality, arises the necessity of further investigation, namely about the life events that influence the choice of the support system. In this study, we aim to understand if the life course affect this choice and to verify the life events associated to it.

**Methodologies:** This is an exploratory study of quantitative and qualitative approach (descriptive, correlational statistical analysis). The sample is composed by 225 elders: 130 don't have any kind of social support system and 125 are covered by social support systems. It was applied a survey of closed and open questions that covered different areas, such as life events, aging, devices used, between others.

**Results:** The results displayed that elder people prefer the family care over social support systems, in case of necessity. We also found that the being single or living with others has a deep influence with the choice of care, in case of necessity. Elders that live with the spouse and/or children, usually, prefer family care.

**Conclusions:** Based on the obtained results, we find that the development and adaptation of social support systems are essential, namely in families and formal support net. They should develop and rearrange in order to make feasible the elder's care preference, whether they have or not the economical means to it.



## **Abreviaturas e/ou siglas**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária  
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
AFPI – Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades da Vida Diária  
CC – Centro de Convívio  
CD – Centro de Dia  
CN – Centro de Noite  
CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
*Et al.* – *Et alii*  
*Etc.* – *Et cetera*  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
ISF – Índice Sintético de Fecundidade  
LSNS-6 – Escala breve de Redes Sociais de Lubben  
OARS – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
UE – União Europeia

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| Índice de Figuras .....  | iii       |
| Índice de Gráficos .....   | iii       |
| Índice de Tabelas .....  | iii       |
| Introdução .....   | 1         |
| <b>1. Envelhecimento .....</b>   | <b>2</b>  |
| 1.1 <i>Evolução do conceito de Envelhecimento</i> .....                                      | 2         |
| 1.2 <i>Envelhecimento Demográfico</i> .....  | 4         |
| 1.2.1 Envelhecimento na Europa .....   | 5         |
| 1.2.2 Envelhecimento em Portugal .....   | 6         |
| 1.2.3 Envelhecimento em Mira .....   | 7         |
| <b>2. Trajetórias de Vida .....</b>  | <b>9</b>  |
| 2.1 <i>Trajetórias de vida</i> .....   | 9         |
| 2.2 <i>Trajetórias de vida e história de vida</i> .....                                      | 10        |
| 2.3 <i>Trajetórias de vida e o processo de envelhecimento</i> .....                          | 11        |
| <b>3. Sistema de Suporte Social na Velhice .....</b>   | <b>12</b> |
| 3.1 <i>Cuidado Informal</i> .....  | 13        |
| 3.2 <i>Cuidado Formal</i> .....  | 15        |
| 3.2.1 Respostas Sociais em Portugal .....  | 16        |
| 3.2.2 Respostas Sociais em Mira .....  | 20        |
| 3.3 <i>Opção Livre pelo sistema de suporte social na velhice ou opção condicionada?</i> .... | 23        |
| 3.4 <i>Fatores que condicionam a opção pelo sistema de suporte social</i> .....              | 25        |
| 3.4.1 Situação Familiar .....  | 25        |
| 3.4.2 Situação Económica .....   | 26        |
| <b>4. Objetivos .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>5. Metodologias .....</b>   | <b>29</b> |
| 5.1 <i>Desenho da Investigação</i> .....   | 29        |
| 5.2 <i>Instrumentos de recolha de dados</i> .....  | 29        |
| 5.2.1 Caracterização Sociodemográfica .....  | 30        |
| 5.2.2 Acontecimentos de vida, reforma e envelhecimento .....                                 | 30        |
| 5.2.3 Atividade profissional, ocupação e recursos económicos .....                           | 30        |
| 5.2.4 Estado de saúde .....  | 31        |
| 5.2.5 Rede de Suporte informal .....   | 32        |
| 5.2.6 Respostas Sociais .....  | 33        |
| 5.3 <i>Caracterização da Amostra</i> .....   | 33        |
| 5.4 <i>Procedimentos</i> .....   | 34        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.4.1 Seleção da Amostra .....  | 34        |
| 5.4.2 Procedimentos para a recolha de dados.....  | 36        |
| 5.4.3 Procedimentos para a análise dos dados .....  | 37        |
| 5.4.4 Questões Éticas .....   | 37        |
| <b>6. Resultados .....</b>  | <b>37</b> |
| 6.1 <i>Análise descritiva</i> .....   | 38        |
| 6.1.1. Caracterização sociodemográfica .....  | 38        |
| 6.1.2 Acontecimentos de Vida e Envelhecimento .....   | 40        |
| 6.1.3 Atividade Profissional, Ocupação e rendimentos económicos .....   | 41        |
| 6.1.4 Estado de Saúde .....   | 42        |
| 6.1.5 Rede de Suporte informal.....   | 44        |
| 6.1.6 Respostas Sociais .....   | 44        |
| 6.2 <i>Análise de Conteúdo</i> .....  | 45        |
| 6.2 <i>Análise Correlacional</i> .....  | 46        |
| <b>7. Discussão dos Resultados.....</b>   | <b>51</b> |
| 7.1 <i>Eventos marcantes da trajetória de vida das pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte social</i> .....                              | 51        |
| 7.2 <i>Condicionantes e condicionadores na opção pelo sistema de suporte social</i> .....   | 52        |
| 7.3 <i>Limitações e estudos futuros</i> .....   | 53        |
| <b>8. Considerações Finais .....</b>  | <b>54</b> |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>   | <b>56</b> |
| <b>Apêndices.....</b>   | <b>66</b> |
| Apêndice 1 – <i>Inquérito a pessoas idosas da comunidade</i> .....  | 67        |
| Apêndice 2 – <i>Inquérito aos utentes de IPSS</i> .....   | 73        |
| Apêndice 3 – <i>Carta formal de solicitação de apoio à realização de inquéritos à Câmara Municipal de Mira</i> .....                              | 79        |
| Apêndice 4 – <i>Cartas formais de solicitação de apoio à realização de inquéritos às Juntas de Freguesias no Concelho de Mira</i> .....           | 80        |
| Apêndice 5 – <i>Cartas formais de solicitação de autorização à realização de inquéritos às IPSS do Concelho de Mira</i> .....                     | 84        |
| Apêndice 6 – <i>Consentimento Informado</i> .....   | 89        |
| Apêndice 7 – <i>Póster científico apresentado no VI Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social – UNIFAI 2015</i> ..... | 90        |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |   |
|--|---|
| Figura 1 - Localização Geográfica do concelho de Mira..... | 8 |
|--|---|

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1 – Evolução da Pirâmide Etária entre 2002 e 2025 .....   | 5  |
| Gráfico 2 - Pirâmide populacional da UE-28 para 2013 e 2080.....  | 6  |
| Gráfico 3 - População residente em Portugal.....  | 7  |
| Gráfico 4 - Estrutura da população residente de Portugal e do concelho de Mira .....  | 9  |
| Gráfico 5 - Distribuição da população residente no concelho de Mira .....   | 9  |
| Gráfico 6 - Evolução da capacidade das respostas sociais - Continente (2000 - 2013) ..  | 18 |
| Gráfico 7 - Evolução da utilização das respostas sociais - Continente (2006 - 2013) ..  | 18 |
| Gráfico 8 - Evolução do rácio utilizador/capacidade das respostas sociais para as pessoas<br>idosas - continente (2000 - 2013)..... | 19 |
| Gráfico 9 – Utilização das respostas sociais no concelho de Mira em 2014.....   | 20 |
| Gráfico 10 - Rácio utilizadores/capacidade das respostas sociais no concelho de Mira em<br>2014.....                                | 21 |
| Gráfico 11 - Evolução da capacidade das respostas sociais em Mira (2006 - 2014).....  | 21 |
| Gráfico 12 - Evolução da utilização das respostas sociais em Mira (2006 - 2014) .....   | 21 |
| Gráfico 13 - Evolução da percentagem de utilização das respostas sociais por pessoas<br>idosas com idade $\geq 65$ anos.....        | 22 |
| Gráfico 14 - Evolução da percentagem de utilização das respostas sociais por pessoas<br>idosas com idade $\geq 85$ anos.....        | 23 |
| Gráfico 15 - Forma de pagamento da vaga de ERPI pelas pessoas idosas em Portugal ..   | 27 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Ponto de Corte do Índice de Barthel .....                            | 32 |
| Tabela 2 - Ponto de Corte da Escala de <i>Lawton &amp; Brody</i> .....          | 32 |
| Tabela 3 - Distribuição esperada da amostra pelo concelho de Mira .....         | 34 |
| Tabela 4 - Distribuição real da amostra pelo concelho de Mira .....             | 35 |
| Tabela 5 - Caracterização demográfica dos utentes de IPSS e de comunidade ..... | 39 |

|   |    |
|---|----|
| Tabela 6 – Acontecimentos de vida e envelhecimento dos utentes de IPSS e comunidade.....                        | 41 |
| Tabela 7 - Atividade Profissional, ocupação e rendimentos económicos dos utentes da IPSS e comunidade .....     | 42 |
| Tabela 8 - Estado de saúde dos utentes de IPSS e da comunidade.....   | 43 |
| Tabela 9 - Rede de suporte informal dos utentes de IPSS e da comunidade.....                                    | 44 |
| Tabela 10 - Respostas sociais dos utentes de IPSS e comunidade.....   | 45 |
| Tabela 11 - Relação entre a opção pelo cuidado e a frequência de diferentes respostas sociais e comunidade..... | 46 |
| Tabela 12 - Relação entre a opção pelo cuidado e o estado civil.....  | 46 |
| Tabela 13 - Relação entre a opção pelo cuidado e a escolaridade .....   | 47 |
| Tabela 14 - Relação da opção pelo cuidado com a emigração e a migração.....                                     | 47 |
| Tabela 15 - Relação entre a opção pelo cuidado e as pessoas com quem vive.....                                  | 48 |
| Tabela 16 - Relação entre a opção pelo cuidado e o acontecimento de vida emigrar .....                          | 49 |
| Tabela 17 - Relação entre a opção pelo cuidado e as alterações com a reforma .....                              | 49 |
| Tabela 18 - Relação entre a opção pelo cuidado e a alteração da perspetiva de envelhecimento .....              | 50 |
| Tabela 19 - Relação entre a opção pelo cuidado e a perceção dos rendimentos económicos .....                    | 50 |
| Tabela 20 - Relação entre a opção pelo cuidado e as AIVD .....  | 51 |

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo a afirmar, em Portugal, um duplo envelhecimento demográfico. Este é caracterizado pela diminuição de crianças e jovens e pelo aumento da população idosa (Instituto Nacional de Estatística, 2011b). Concomitantemente também tem vindo a existir um crescimento da esperança média de vida resultante da melhoria das condições de vida. Estes dois fenómenos resultam num aumento da quantidade de pessoas idosas portadoras de incapacidade funcional e a depender de outros para o desempenho de Atividades de Vida Diária (AVD). Porém, com a modificação da estrutura familiar, que surge em consequência das alterações demográficas e sociais, e com a permanência da mulher no mercado de trabalho, as famílias começam a não estar disponíveis para serem cuidadores informais. Levando a que cada vez mais o cuidado formal, nomeadamente as respostas sociais, seja encarado como solução.

Neste sentido, verificou-se o crescimento das respostas sociais dirigidas a esta população alvo tais como Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e Centro de Dia (CD). Assim, para o período entre 2000 e 2013 verificou-se um acréscimo da quantidade de respostas sociais em 47%<sup>1</sup> bem como da sua capacidade, que para o mesmo período aumentou 53%<sup>1</sup>. Também a taxa de utilização das respostas sociais se tem mantido expressiva sendo que, em 2013, a taxa média nas principais respostas era de 80,9%<sup>1</sup> (Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social, 2013).

O envelhecimento é, atualmente, uma área de interesse emergente (Gomes, 2014; A. Lopes & Lemos, 2012) e muita investigação tem sido realizada sobre esta temática abordando-a de diversas formas. À sua semelhança, as trajetórias são uma área de estudo que têm ganho relevância denotada pela produção de artigos científicos sobre esta temática, nomeadamente sobre as trajetórias de vida (Filho & Ramos, 2010; Giesinger et al., 2011; Munene et al., 2012; Pereira, 2013), trajetórias familiares (Berre, 2014; Duvoisin, 2014; Quentin, 2014), trajetórias profissionais (Breton, Flammant, & Tanturri, 2014; Séné & Cordazzo, 2014), trajetórias escolares (Moguérrou & Primon, 2014; Ntouda & Nouétagne, 2014) ou trajetórias sociais (Baticle, 2014). Apesar de todos estes estudos, há muito pouca investigação do envelhecimento numa perspetiva de trajetórias de vida em Portugal. Considerando o processo de envelhecimento uma mudança progressiva da estrutura

---

<sup>1</sup> Dados referentes a Portugal Continental.

biológica, psicológica e social dos indivíduos com desenvolvimento ao longo da vida, torna-se importante procurar entendê-lo ao longo da trajetória de vida da pessoa e de que forma eventos marcantes, condições de vida e outros condicionantes podem influenciar o próprio processo de envelhecimento (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Desta forma, o objetivo geral desta dissertação é perceber se as trajetórias de vida têm alguma influência na escolha da resposta social por parte das pessoas idosas. Mais especificamente pretende-se compreender os condicionantes e condicionadores das pessoas idosas no ingresso numa resposta social.

Com vista a responder a estes objetivos o presente trabalho está organizado considerando as fases de elaboração de uma investigação. Assim, este trabalho de investigação inicia-se com o enquadramento teórico dividido em três grandes capítulos: o envelhecimento, as trajetórias de vida e o sistema de suporte social na velhice. Prossegue com a descrição dos objetivos gerais e específicos e com a definição das metodologias inerentes à investigação desenvolvida. Em seguida são apresentados os resultados recolhidos, mais concretamente a análise descritiva e correlacional dos mesmos. Posteriormente, encontra-se a discussão desses mesmos resultados e as considerações finais. Este trabalho culmina com as referências bibliográficas e os apêndices.

## **1. ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento tem sido apontado como uma das maiores conquistas da humanidade e um dos maiores sucessos da história (World Health Organization, 2002). Porém, o envelhecimento não é apenas um triunfo da humanidade mas também um desafio para as mais diversas áreas. Em seguida, iremos discutir a definição de envelhecimento através da evolução conceptual considerando a diversidade de conceitos com que nos deparamos. Iremos prosseguir procurando perceber o envelhecimento enquanto importante marco demográfico quer a nível global, europeu, português e mirenses – o contexto do nosso estudo.

### **1.1 Evolução do conceito de Envelhecimento**

O conceito de envelhecimento tem vindo a alterar-se ao longo do tempo. Arking (1998) definiu o envelhecimento como sendo um conjunto de alterações cumulativas, progressivas, intrínsecas e prejudiciais dependentes do tempo. Numa outra perspetiva, Duarte (1999) refere que o envelhecimento é biológico, social e psicológico. Anos mais tarde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) levantou outras dimensões ao distinguir o

envelhecimento primário do processo de envelhecimento. Assim, o envelhecimento primário representa todas as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e não são afetadas pela doença ou por alterações ambientais (World Health Organization, 2001). No entanto, o processo de envelhecimento é influenciado pelo estilo de vida, alterações ambientais e doenças (World Health Organization, 2001). Cria-se assim uma disparidade entre aquilo que é o envelhecimento normal e o processo de envelhecimento, inferindo-se que muitas das doenças poderão estar relacionadas com o processo do envelhecimento mas não são consequências do envelhecimento normal. Assim, segundo a OMS, o que já foi pensado como consequência do envelhecimento normal advêm, muitas vezes, dos fatores associados ao processo de envelhecimento.

Neste mesmo sentido, a Direção Geral da Saúde (Direcção Geral da Saúde, 2004) definiu o processo de envelhecimento como uma mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos com desenvolvimento ao longo da vida. Em 2010, Ferreira *et al.* vão mais longe acrescentando que o processo de envelhecimento pode levar à perda progressiva da capacidade de adaptação ao ambiente. Para estes autores, o envelhecimento é considerado como um processo dinâmico e progressivo com alterações intra e interindividuais.

Mais recentemente, a OMS (World Health Organization, 2011b) definiu o processo de envelhecimento como constructo social e biológico. Desta forma, por um lado, o processo de envelhecimento envolve alterações fisiológicas como a redução na densidade óssea e acuidade visual. Por outro lado, este também tem em conta os fatores socioeconómicos, como por exemplo as condições de vida e acesso aos cuidados de saúde, na medida em que afetam muito a forma como a população experimenta o envelhecimento. A OMS vai mais longe afirmando que este processo pode constituir uma continuidade de independência, dependência ou interdependência. Assim sendo, a OMS defende a heterogeneidade das pessoas idosas referindo que estas podem ser independentes, lidando bem com a vida diária, precisar de algum tipo de apoio nas AVDs ou ser dependentes a nível das AVDs.

Tendo em conta a heterogeneidade que caracteriza as pessoas idosas alguns autores diferenciam o processo de envelhecimento consoante a idade. Desta forma, numa primeira fase do processo de envelhecimento encontram-se pessoas idosas que saem cedo do mercado do trabalho seja por obrigações familiares, desemprego ou reforma antecipada. Estas distanciam-se das outras que se aposentam quando atingem a idade da reforma, deparando-se com a transição do trabalho ao não trabalho. Na fase final da vida, encontramos as pessoas idosas portadoras de dependência derivada a doença e/ou



incapacidade funcional que os distancia da vida social e da participação social (Paula & João, 2012).

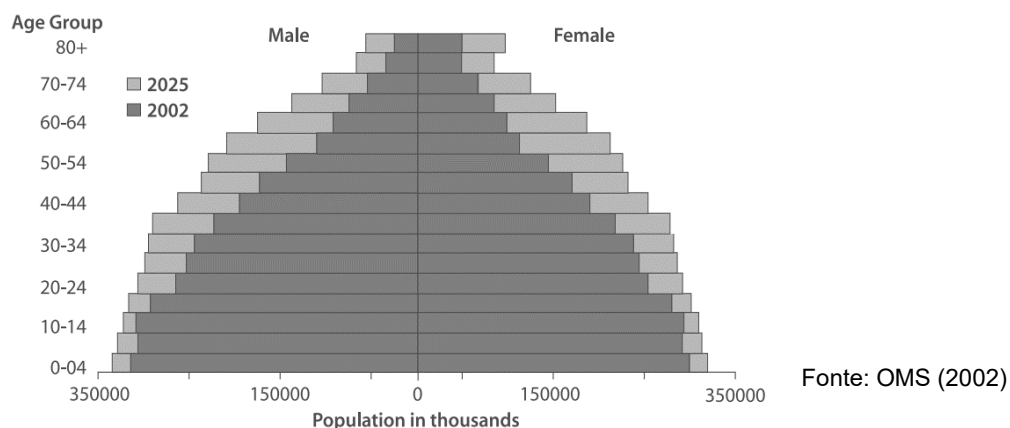
Neste sentido, Lima, Silva & Galhardoni (2008) referem o processo de envelhecimento enquanto individual e coletivo. Numa perspetiva individual envolvendo múltiplas trajetórias de vida, e num plano coletivo abarcando diversas influências socioculturais tais como o acesso à educação, cuidados com a saúde, etc. Desta forma, este processo vai definir-se como um processo sociovital e multifacetado ao longo de todo o curso de vida (Â. Lima *et al.*, 2008).

Apercebemo-nos então que, com a evolução deste conceito, se deu progressivamente ênfase não só ao cariz biológico, como às vertentes psicológicas e sociais do processo de envelhecimento, reforçando-se a individualidade de cada pessoa.

## **1.2 Envelhecimento Demográfico**

O mundo está perante uma revolução demográfica milenar já que, a partir do conhecimento existente da história, o número de pessoas idosas nunca antes tinha ultrapassado o número de crianças (World Health Organization, 2011a). Em todo o mundo a proporção de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos tem aumentado mais rapidamente que em qualquer outro grupo. Segundo a OMS (2002), entre 1970 e 2025 o crescimento da população idosa expectada é de 223%. A OMS perspetiva também que, em 2025 irão existir cerca de 1,2 milhares de milhão de pessoas com 60 ou mais anos. Este número continuará a crescer e em 2050 atingirá os 2 milhares de milhão, das quais 80% serão de países desenvolvidos (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento populacional refere-se a dois aspetos: a diminuição da proporção de crianças e jovens e o aumento da proporção das pessoas com 60 ou mais anos. Assim, à medida que a população envelhece a pirâmide populacional em acento circunflexo (2002) será substituída por uma pirâmide populacional em forma de urna (2025) (Gráfico 1) (World Health Organization, 2002). O aumento da esperança média de vida e o decréscimo da fecundidade são os principais fatores que contribuem para o constante aumento da proporção das pessoas idosas e consequentemente do envelhecimento populacional. A rápida diminuição da fecundidade tem sido verificada ao longo de todo o mundo prevendo-se que em 2025 cerca de 120 países terão os níveis de fecundidade abaixo do nível mínimo de reposição de gerações (índice sintético de fecundidade – ISF, de 2,1 nascimentos por mulher) (World Health Organization, 2002, 2011a). O aumento das pessoas idosas tem-se verificado sobretudo nos países mais desenvolvidos.



**Gráfico 1 – Evolução da Pirâmide Etária entre 2002 e 2025**

### 1.2.1 Envelhecimento na Europa

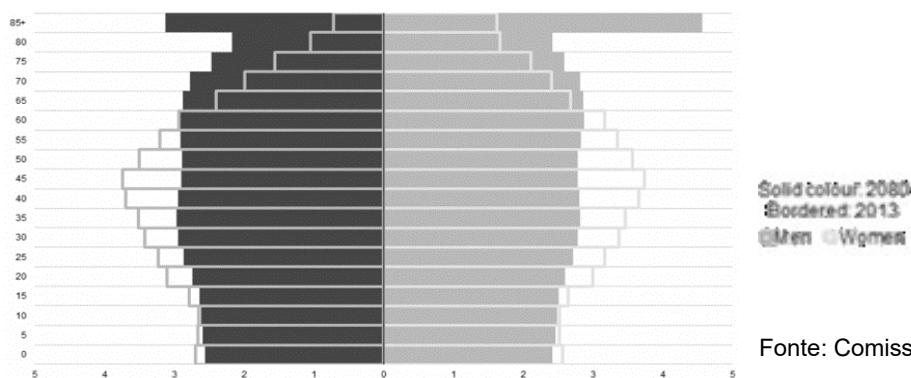
A Europa é constituída por 50 países, 28 dos quais membros da União Europeia (UE) – incluindo Portugal. A UE consiste numa parceria económica e política para a qual todos os países europeus poderão entrar desde que respeitem os critérios democráticos, políticos e económicos definidos (Fontaine, 2014; União Europeia, 2015). Em 2014, a população da UE era constituída por 505,7 milhões de pessoas o que corresponde a um aumento de aproximadamente 100 milhões de pessoas no período entre 1960 e 2014 (European Commission, 2015c). Tal como a nível global, o crescimento da população foi acompanhado pelo envelhecimento populacional com a diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida (European Commission, 2015d).

A diminuição da fecundidade tem sido notada por toda a UE. Em 2002, o ISF era de 1,45 nascimentos por mulher. Porém, em 2012, aumentou para 1,58 nascimentos por mulher notando-se uma ligeira recuperação explicada pelo fato de cada vez mais mulheres terem filhos tarde na vida (European Commission, 2015a). Os países com maior ISF foram Irlanda e França (2 nascimentos por mulher) enquanto os que apresentam menor ISF foram Portugal, Espanha, Hungria, Polónia, Eslováquia e Grécia (1,3 nascimentos por mulher).

A esperança média de vida da UE tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos. Em 2012, a esperança média de vida ao nascimento era de 80,3 anos, 83,1 anos para as mulheres e 77,5 anos para os homens (European Commission, 2015b). Entre 2002 e 2012 a esperança média de vida ao nascimento aumentou 2,6 anos e estima-se que esta continue a crescer devido à redução de mortalidade em idades mais avançadas. Relativamente aos extremos, em 2012, a maior esperança média de vida ao nascimento para a mulher foi de 85,5 anos em Espanha e a menor foi de 77,9 anos na Bulgária. Para

o mesmo período, a maior esperança média de vida ao nascimento para os homens foi de 79,9 anos na Suécia e a menor foi de 68,4 anos na Lituânia.

Em detrimento destas alterações, a população jovem (0 - 14 anos) tem vindo a decrescer e a população idosa (65 anos e mais) a aumentar. Assim, no período entre 2002 e 2012 a população jovem decresceu 1,2% e a população idosa aumentou 1,9%. Em 2012, os países com mais população idosa na UE são a Itália, Alemanha e Portugal (20,8%, 20,6% e 19%, respetivamente). Enquanto os países com menor proporção de população jovem são Alemanha, Bulgária e Itália (13,2%, 13,4% e 14%) (European Commission, 2014a). Segundo uma projeção recente da Comissão Europeia (2015d) às populações jovem e ativa continuarão a diminuir e a população idosa continuará a aumentar (Gráfico 2).



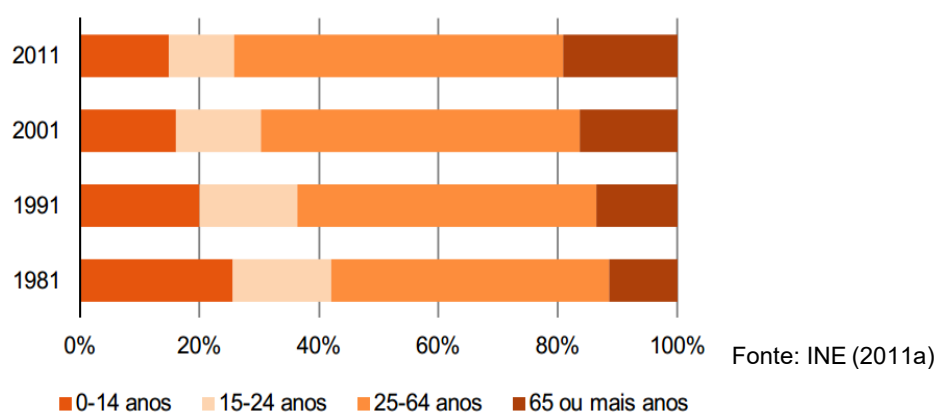
Fonte: Comissão Europeia (2014b)

**Gráfico 2 - Pirâmide populacional da UE-28 para 2013 e 2080**

### 1.2.2 Envelhecimento em Portugal

Em 2013, Portugal é constituído por cerca de 10 457 300 pessoas com uma densidade populacional de 113,7 pessoas por km<sup>2</sup> (PORDATA, 2013b, 2014). A sua densidade populacional é maior na zona litoral norte de Portugal e menor na zona interior sul (PORDATA, 2013c). Tal como aconteceu a nível mundial e a nível europeu, Portugal tem envelhecido em resultado do decréscimo da taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida. Como já foi mencionado Portugal é um dos países da UE com menor fecundidade. Quanto à esperança média de vida à nascença, dados de 2013 referem que esta se encontra nos 80,6 anos, 83,6 anos para as mulheres e 77,4 anos para os homens (European Commission, 2015b).

Em consequência destes acontecimentos demográficos, se por um lado a população jovem e ativa portuguesa diminuíram, por outro lado a população idosa portuguesa aumentou (Gráfico 3)(PORDATA, 2013g). Assim a estrutura etária de Portugal em 2013 era de 14,7% de população jovem, 65,7% de população em idade ativa e 19,6% de população idosa (PORDATA, 2013e). As Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores foram as que apresentaram maiores percentagens de população jovem (16% e 18%, respetivamente). Por sua vez, a região do Centro e do Alentejo são as que possuem menos população jovem (14%). Relativamente à distribuição da população idosa em Portugal acontece o inverso. Assim, a Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores têm menos pessoas idosas (15% e 13%, respetivamente) e a região Centro e do Alentejo tem mais pessoas idosas (22% e 24%) (Instituto Nacional de Estatística, 2011a).

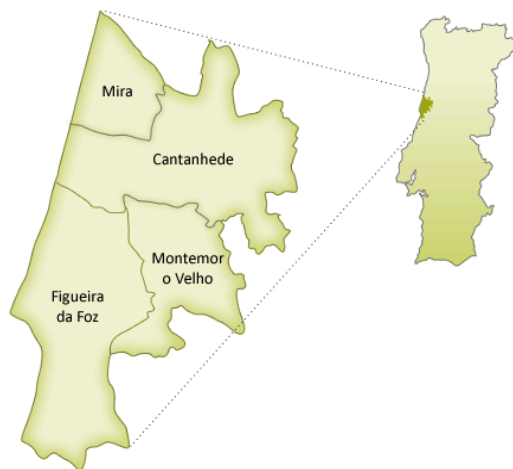


**Gráfico 3 - População residente em Portugal**

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011a), em 2011, o índice de envelhecimento (rácio entre população idosa e população jovem) era de 128 pessoas idosas por cada 100 jovens. A mesma fonte declara, pela interpretação do rácio, que o envelhecimento deixou de ser um fenómeno da região interior do país passando a poder-se generalizar ao país. As regiões mais envelhecidas são o Centro e o Alentejo (163 e 178, respetivamente) e as menos envelhecidas são as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (73 e 92, respetivamente).

### 1.2.3 Envelhecimento em Mira

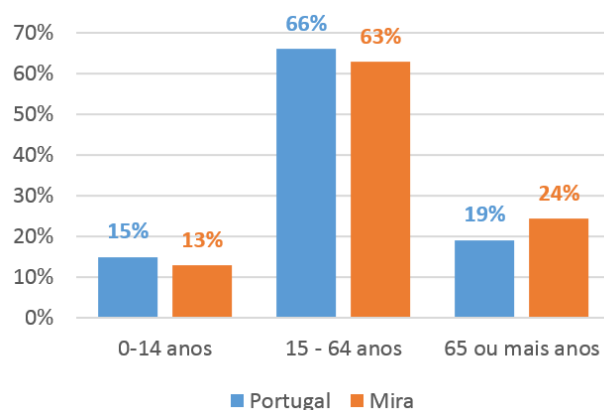
Mira é um concelho do distrito de Coimbra da região Centro de Portugal (Figura 1) com uma população de 12 292 pessoas e uma densidade populacional de 99 pessoas por km<sup>2</sup> (PORDATA, 2013a). O seu ISF é de 1,1 nascimentos por mulher e encontra-se abaixo do índice sintético de fecundidade médio de Portugal (PORDATA, 2013d).



Fonte: Associação de desenvolvimento local da bairrada e mondego (2015)

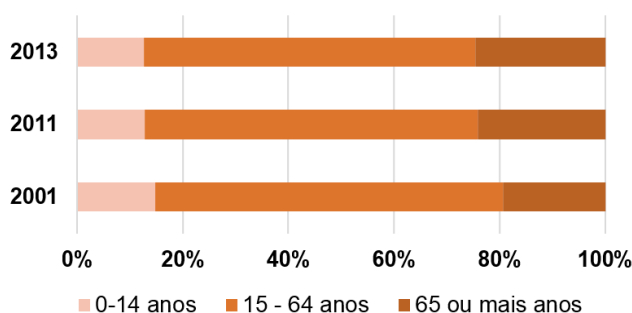
**Figura 1 - Localização Geográfica do concelho de Mira**

A sua estrutura etária é composta por 12,6% de população jovem, 62,8% de população ativa e 24,6% de população idosa (Gráfico 4) (PORDATA, 2013h). Esta estrutura etária teve alterações ao longo do tempo nomeadamente devido ao envelhecimento populacional. Desta forma, no período entre 2001 e 2013 houve um decréscimo de 2,3 pontos percentuais na população jovem e de 3 pontos percentuais na população ativa. Porém, registou-se um aumento de 5,2% da população idosa (PORDATA, 2013e). Ao compararmos estes dados com os existentes a nível nacional (Gráfico 5) podemos concluir que a população jovem mirensa é mais reduzida comparativamente à nacional (-2%). Isto também se verifica na população ativa já que esta, em comparação, também apresenta valores mais reduzidos em Mira (-3%). Porém a maior diferença na comparação da estrutura etária do concelho de Mira com a estrutura etária de Portugal verifica-se na população idosa. Isto, porque, tal como verificamos no Gráfico 5, a população idosa mirensa é, em proporção, mais elevada que em Portugal em 5 pontos percentuais. Estes dados comparativos permitem-nos afirmar que o concelho de Mira apresenta uma estrutura mais envelhecida que a média verificada no país. Os índices de envelhecimento de Mira e de Portugal reforça esta constatação uma vez que o índice de envelhecimento de Mira é superior ao de Portugal, com 194,8 pessoas idosas em 100 pessoas jovens e 133,5 pessoas idosas por 100 jovens, respetivamente (PORDATA, 2013b, 2013e).



Fonte: PORDATA (2013g, 2013h)

**Gráfico 4 - Estrutura da população residente de Portugal e do concelho de Mira**



Fonte: PORDATA (2013h)

**Gráfico 5 - Distribuição da população residente no concelho de Mira**

## 2. TRAJETÓRIAS DE VIDA

A adoção da abordagem de trajetórias de vida assume cada vez mais importância já que esta abrange todo o percurso de vida fornecendo-nos uma visão mais completa da pessoa idosa. Em 2000, a OMS defendeu a utilização desta abordagem na educação e formação de profissionais de saúde vendo nela o potencial de melhorar o ensino, a preparação dos alunos e o desenvolvimento das suas responsabilidades. Também Ribeiro (2012) após uma reflexão acerca do envelhecimento e do envelhecimento ativo inferiu a relevância da perspetiva de ciclo de vida afirmando que esta deveria estar mais presente. Desta forma, podemos deduzir a relevância que esta perspetiva assume no estudo da pessoa idosa e das suas opções de sistema de suporte. Em seguida iremos aprofundar o conceito de trajetórias de vida procurando refletir a sua evolução ao longo do tempo.

### 2.1 Trajetórias de vida

Em 1999, Bourdieu define trajetória de vida como uma série de sucessivas posições ocupadas pela pessoa num espaço que também está sujeito a sucessivas transformações.

Assim, a trajetória de vida é linear e cronologicamente ordenada por eventos recorrentes que foram sucessivamente ocupados por uma pessoa num campo<sup>2</sup>. Nesta linha de pensamento, Born (2001a) também afirmou que a trajetória de vida consiste no conjunto de eventos que explicam a vida de uma pessoa.

Porém, em 2009, a *Agence de la santé publique du Canada* foi mais longe ao definir trajetória de vida como a jornada do nascimento até à morte, ou seja, o trajeto desde o ponto de partida até ao ponto de chegada atual. Estes autores acrescentam que este caminho percorrido por cada pessoa ao longo da sua vida vai conduzir a determinada condição. Ou seja, as trajetórias de saúde irão determinar a condição de saúde assim como as trajetórias familiares a situação familiar. Assim, este percurso que se desenrola ao longo do tempo vai depender dos eventos, das ações e das situações a que a pessoa se encontra exposta (Agence de la santé publique du Canada, 2009).

Mais recentemente, Pereira (2013) defendeu que a trajetória de vida era “*a scientific construction possessing a direct relationship with the chronological life’s sequence of the individuals*”. A perspetiva da trajetória de vida como uma construção científica também foi defendida por Gonçalves & Lisboa (2007) ao afirmarem que esta vai ao encontro do interesse do profissional, da questão de investigação e inclusive da delimitação do problema.

Sapin, Sapini, & Widmer (2007) definiram as trajetórias de vida como um modelo de estabilidade e mudanças ao longo da vida que reúne as alterações e desenvolvimentos relativos a uma parte da existência, ou na sua versão completa a totalidade da vida. Desta forma podemos inferir que as trajetórias de vida envolvem o sujeito como um todo desde o momento do seu nascimento até ao momento atual e correspondem a um conjunto de eventos marcantes da vida da pessoa cuja percepção vai ser alterada consoante o campo.

## **2.2 Trajetórias de vida e história de vida**

Segundo Santos (2005) existem diversas técnicas adotadas para conhecer determinados processos sociais sob a perspetiva de quem os vivencia entre as quais entrevistas, depoimentos e histórias. Desta forma, existem diferentes formas que possibilitam a construção da biografia<sup>3</sup> entre as quais a história de vida e a trajetória de

---

<sup>2</sup> “Campo é um espaço, um lugar no social, constituído de instituições e por agentes em constante relação e que seguem regras próprias.” (Bourdieu, 1998)

<sup>3</sup> “A biografia consiste no autorrelato das experiências de vida pelos próprios sujeitos – autobiografia”(Azevedo, 2012, p. 2)

vida. Azevedo (2012) considera a história de vida como meio através do qual entendemos o significado que a pessoa atribui a determinada situação por si experienciada. O mesmo autor refere que esta abordagem nos permite entrar no mundo da pessoa percebendo o significado que a mesma atribui àquilo que experiencia.

Santos (2005, p. 3) critica esta abordagem afirmando que: “os entrevistados, quando constroem suas histórias de vida, ou o relato de suas lembranças, o fazem de forma bastante livre, sem se prenderem a uma organização cronológica”. Em 2003, Carvalho vai mais longe afirmando que o foco não deve ser apenas a pessoa mas também a sua conexão com o ambiente socio-histórico. Assim, para este autor a história de vida deve levar à construção de uma trajetória de vida considerando que se as pessoas vivenciam processos culturais e históricos involuntários estes influenciam a biografia. Deste modo, não se trata apenas dos acontecimentos marcantes vivenciados mas também o contexto sociocultural envolvente.

Neste mesmo sentido, Bigossi (2007) refere que a trajetória de vida da pessoa é fulcral na medida em que através desta biografia conseguimos entender não só as experiências do indivíduo como o seu sentido enquanto ator social. Born (2001b) acrescenta que o estudo das trajetórias de vida trouxe um importante contributo para o debate sobre ação individual e estrutura social, referindo que muitos autores se concentram na relação existente entre mudança social e biografia.

Desta forma, por um lado temos a narrativa da história de vida em que há o relato dos acontecimentos de vida muitas vezes sem seguir uma ordem cronológica e sem ter em conta o ambiente sociocultural envolvente. Por sua vez, narrativa da trajetória de vida “pretende integrar e incorporar as informações referentes a cada domínio da vida do sujeito. Tem em conta uma dimensão temporal, passando por diferentes períodos de desenvolvimento do sujeito (infância, adolescência, idade adulta) e não se limita a uma simples evolução por fases com uma sequência temporal específica” (Azevedo, 2012, p. 3).

### **2.3 Trajetórias de vida e o processo de envelhecimento**

Segundo as Nações Unidas, a transição demográfica que o mundo atravessa é caracterizada pelas transformações populacionais relativas ao envelhecimento terão um profundo impacto económico, político e social transversal a toda a sociedade (United Nations, 2013). Desta forma, na mesma medida que o envelhecimento é positivo por nos permitir uma vida maior e mais saudável também é desafiante pelas múltiplas



necessidades (World Health Organization, 2008). Estas exigem medidas específicas e adaptadas a cada país, realidade e população. É neste mesmo sentido que Lima *et al.* (2008) afirmam acreditar não existir um padrão único de velhice. Os autores vão mais longe quando declaram que esta vivência não deve ser considerada como bem ou mal sucedida nem sequer orientada por comportamentos ou estilos de vida, como participar em programas específicos para as pessoas idosas. Isto porque o envelhecimento é complexo e heterogéneo, levantando não só questões de responsabilidade individual como também de responsabilidade social. Os autores declaram ainda que “a experiência da velhice se constrói com a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções e dotados de julgamentos, crenças e diferentes visões do que sejam bem-estar e qualidade de vida em interação com outros idosos ao longo de todo o curso da vida” (Lima *et al.*, 2008, p. 803). Desta forma, o envelhecimento é um processo individual, único, intransmissível, gradual e está, por isso, diretamente interligado com as trajetórias de vida.

Cachadinha, Carmo, & Ferreira (2012) também relacionaram o processo de envelhecimento com as trajetórias de vida declarando que o envelhecimento não deve ser entendido apenas através do envelhecimento imediato, visível nos últimos ciclos de vida. Este deve ser compreendido no início da vida adulta quando começa a ter os seus efeitos na saúde e na integração social. Estes autores afirmam que as trajetórias de vida têm como base as interações pessoa-ambiente. Desta forma, vão existir inúmeros fatos relacionados com as trajetórias de vida que irão influenciar aquilo que somos e, conseqüentemente, o processo de envelhecimento: mudanças ocorridas com a idade e com os acontecimentos de vida e conexões entre as fases da vida (reforma, casamento, *etc.*). Para além destes existe ainda o contexto que interfere no processo do envelhecimento contribuindo para as divergências a nível de percepção da idade.

Assim, estes autores vão ao encontro do que foi defendido previamente abordando o envelhecimento como um processo dinâmico – já que se relaciona com as mudanças relativas à idade, e contextualizado – já que o contexto molda todo o processo de envelhecimento (Cachadinha *et al.*, 2012). Por fim, infere-se que a própria história interfere no processo de envelhecimento.

### **3. SISTEMA DE SUPORTE SOCIAL NA VELHICE**

O Sistema de Suporte Social, muitas vezes designado por Rede de Suporte Social, abrange a família, amigos, vizinhos, colegas, comunidades, organizações e o governo. Este sistema define-se pelos diversos tipos de suporte prestados pelos diferentes apoios.

Cada apoio tem um papel distinto consoante os laços e as relações estabelecidas (Awotona, 2014; Dietrich, 2010).

Este envolve o apoio desenvolvido às pessoas em caso de necessidade e pretende satisfazer as necessidades verificadas através do apoio nos cuidados de saúde, financiamento, trabalhos domésticos ou assuntos administrativos (Correia, 2009). Assim, o Sistema de Suporte Social abrange toda a população com necessidades desde a infância à velhice revelando-se essencial em qualquer fase da vida.

A importância deste mecanismo de suporte na velhice explica-se pela complexidade do envelhecimento e pela heterogeneidade das pessoas idosas devido às condições biológicas, circunstâncias sociais, atitudes face ao envelhecimento e ao estilo de vida (Ribeiro & Paúl, 2011; United Nations Economic Commission for Europe, 2012). Desta forma, o sistema de suporte social na velhice responde às necessidades específicas desta população dividindo-se em formal e informal – que irão ser abordados seguidamente. Relativamente, ao cuidado formal abordar-se-ão respostas sociais existentes em Portugal Continental e no concelho de Mira, contexto desta investigação. Em seguida, refletir-se-á acerca da opção livre ou condicionada pelo sistema de suporte social na velhice e terminaremos este capítulo definindo os fatores condicionantes na opção pela rede de suporte social na velhice.

### **3.1 Cuidado Informal**

Atualmente, o envelhecimento populacional tem crescido em todo o mundo, refletindo um processo de desenvolvimento humano bem-sucedido (United Nations, 2007). Este crescente envelhecimento populacional fez aumentar a prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (World Health Organization, 2000a). Assim, as pessoas idosas vivem mais tempo mas com mais doenças geradoras de dependência criando-se assim uma nova necessidade, o cuidar (F. Barbosa & Matos, 2008). De acordo com Ramos (2003) cuidar da população idosa é o maior desafio do século XXI. Ora, o cuidado pode assumir duas tipologias: o cuidado informal e o cuidado formal. Estes podem ser usados em simultâneo, combinando-os, ou separadamente usando em exclusivo um deles (Nogueira & Gonçalves, 2009).

O cuidado informal é definido como aquele que não é remunerado sendo prestado por familiares (World Health Organization, 2003). Sousa, Cerqueira, & Figueiredo (2006) vão mais longe afirmando que este cuidado se refere à prestação de cuidados não

remunerados pela rede de suporte informal<sup>4</sup> da pessoa idosa. Desta forma, podemos inferir que o cuidado informal é aquele que é prestado pela rede de suporte social informal da pessoa idosa (familiares, amigos, vizinhos, colegas, *etc.*) de forma não remunerada.

Na prestação de cuidados informais pode existir cuidador principal ou primário, cuidador secundário e cuidador terciário (Sequeira, 2010). O cuidador principal é aquele que presta a maior parte dos cuidados e quem possui responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar diretamente a pessoa idosa necessitada. Por sua vez, o cuidador secundário é alguém que auxilia na prestação de cuidados de forma regular ou ocasional. Todavia, não possui a responsabilidade do cuidar nem executa a maioria dos cuidados. Estes cuidadores são usualmente pessoas que ajudam o cuidador principal substituindo-o nas suas ausências, ajudando a nível económico e/ou auxiliando em atividades de lazer e sociais (Sequeira, 2010). O cuidador terciário é quem ajuda muito raramente quando lhe é pedido. Tal como o cuidador secundário também não possui qualquer responsabilidade do cuidar.

Segundo Ramos (2003) a família é quem ainda surge como principal suporte para esta população. Figueiredo (2007) referiu que a rede de suporte informal das pessoas idosas compoe-se maioritariamente ou exclusivamente por familiares. Desta forma, é de fato a família quem, na maioria das vezes, se torna cuidador informal assumindo grande parte ou a totalidade das tarefas do cuidado a pessoas idosas dependentes (Baltar, Cerrato, Trocóniz, & González, 2006; Paúl, 2005).

Segundo Augusto *et al.* (2005) os amigos e os vizinhos são essenciais na prestação de apoio e assistência, sendo desta forma, cuidador secundário ou terciário. As relações com estes realizam-se de forma mais espontânea comparativamente com a família, não havendo obrigação de cuidar do amigo dependente.

Em 2005, Paúl defendeu que a existência de uma boa rede de suporte social informal é essencial para o bem-estar físico e psicológico das pessoas idosas. Esta autora vai mais longe afirmando que a rede de suporte informal deve constituir um investimento afetivo e solidário ao longo de toda a vida.

---

<sup>4</sup> Rede de Suporte informal pode definir-se “como incluindo quer estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explícitas, instrumentais ou sócio afetivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença.” (Paúl, 2005, p. 277).

### 3.2 Cuidado Formal

Como já foi referido anteriormente, apesar do sucesso que representa o envelhecimento populacional, ele também acarreta desafios nomeadamente aos sistemas de saúde devido ao aumento da dependência nas pessoas idosas, normalmente associada à prevalência de doenças crónicas (World Health Organization, 2000a). Este desafio aos sistemas de saúde pode ser explicado pela indisponibilidade dos potenciais cuidadores informais levando a uma expansão das respostas de apoio formal e consequentemente do cuidado formal (F. Barbosa & Matos, 2008; Sousa et al., 2006).

O cuidado formal compreende a prestação de cuidados por profissionais qualificados (médicos, enfermeiros, gerontólogos, assistentes sociais, *etc.*). Os cuidadores formais têm formação própria para o papel desempenhado no exercício da sua atividade profissional sendo, por isso, obrigados a exercer o cuidado de acordo com as suas competências e normas específicas. Estes podem ser remunerados no caso de serem profissionais de saúde ou não remunerados no caso de serem voluntários seja nos hospitais, nas instituições comunitárias, *etc.* (Sequeira, 2010).

A rede de suporte formal inclui os serviços estatais, de segurança social e organizados pelo poder local (Martins, 2005). Esta rede é a base do cuidado formal, ou seja, são os profissionais e/ou voluntários da rede de suporte formal que exercem na sua atividade profissional ou voluntária a posição de cuidador formal.

A rede de suporte formal na velhice não se restringe às respostas sociais tais como SAD, CD, ERPI, Centro de Convívio (CC), *etc.* sendo por isso composta por outros elementos tal como a reforma adaptada à situação económico-social do indivíduo. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 contempla outras respostas sociais e económicas para a pessoa idosa. Neste Plano, além das respostas supracitadas, surgem outras como o complemento solidário para pessoas idosas com cobertura suplementar para medicamentos ou outras necessidades de saúde (Direcção Geral de Saúde, 2012). No caso da pessoa idosa se encontrar dependente existem prestações pecuniárias como forma de auxílio adicional (Nogueira & Gonçalves, 2009). Existem ainda os serviços de descanso ao cuidador que constituem uma resposta especializada de suporte aos cuidadores informais (Brandão, Ribeiro, & Martin, 2012). Este serviço fornecido pelo estado fornece um alívio temporário à prestação de cuidados apesar da responsabilidade total de cuidar permanecer nos cuidadores informais (Brandão *et al.*, 2012).

Alguns autores defendem que as políticas sociais e de saúde para a velhice em Portugal são centradas na Segurança Social (Martin, Duarte, Póvoa, & Duarte, 2009).

Martin & Lopes (2008) referem que as políticas sociais para a velhice em Portugal apoiam-se num modelo assistencialista e realizam-se, na sua maioria, através de protocolos com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que apoiam sobretudo a população dependente. Estes autores defendem que as políticas sociais portuguesas são centralizadas na Segurança Social e promovem a institucionalização. Em alternativa é referida a importância de programas comunitários, como por exemplo SAD e CD, que promovam a manutenção da pessoa no seu domicílio. Esta perspetiva é corroborada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2005) que afirma que o cuidado da pessoa em casa ajuda a melhorar a situação e é o mais desejado. Numa outra perspetiva, outros autores afirmam a importância de políticas que promovam a participação social, através de serviços prestadores de cuidados e redes sociais complementares que sejam atentas à concretização das necessidades humanas de liberdade e participação (M. Carvalho, 2005).

### **3.2.1 Respostas Sociais em Portugal**

As respostas sociais surgiram com o objetivo combater o isolamento e promover a autonomia através da prestação de serviços multidisciplinares a grupos alvos específicos (Nogueira & Gonçalves, 2009). As respostas sociais para a população idosa promovem especificamente a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente familiar e social fornecendo apoio à família sempre em relação às necessidades e grau de autonomia da pessoa idosa (Instituto da Segurança Social, 2015).

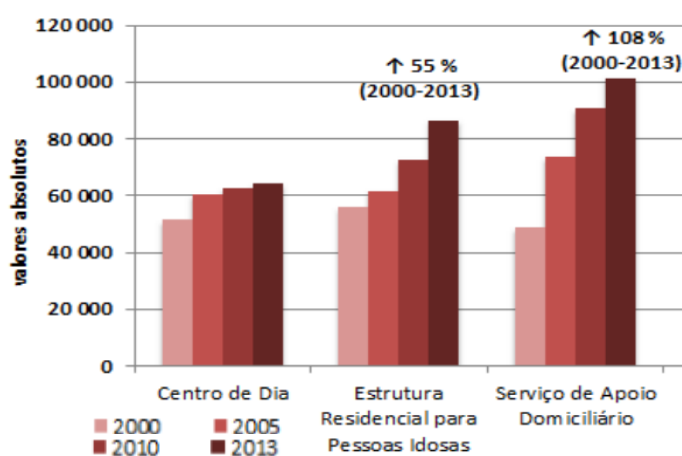
Os desafios atuais levam a que as respostas sociais visem garantir a sustentabilidade dos sistemas de proteção social e de promover novas respostas sociais aptas para fazer face aos problemas sociais (Fangueiro, 2008). Um desses problemas é a indisponibilidade da família para assumir a responsabilidade da totalidade dos cuidados da pessoa idosa surgindo a necessidade de cuidado formal. Assim, estes cuidados são cada vez mais complementares conduzindo à expansão da rede de suporte formal através da criação de mais respostas sociais e/ou aumento da capacidade das mesmas (Nogueira & Gonçalves, 2009; Sousa *et al.*, 2006).

Atualmente, as principais respostas sociais dirigidas para a população idosa são o SAD, CC, CD, Centro de Noite (CN), acolhimento familiar para pessoas idosas (AFPI) e ERPI (Instituto da Segurança Social, 2015). O SAD presta serviços a famílias ou pessoas idosas no domicílio que por dependência física ou psíquica necessitem de apoio a nível das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). No CC desenvolvem-se atividades recreativas e culturais na comunidade em que

a pessoa idosa está integrada funcionando apenas durante o período da tarde. Por sua vez, o CD funciona durante todo o dia e fornece vários serviços que asseguram a manutenção das pessoas idosas no seu ambiente (Direção de Serviços de Estudos Planeamento e Apoio às Organizações, 2014; Instituto da Segurança Social, 2015). O CN funciona durante a noite e é destinado às pessoas idosas que apesar de autónomas durante o dia se sentem isoladas, sós e inseguras durante a noite. O AFPI consiste num alojamento temporário ou permanente na habitação de famílias idóneas para pessoas idosas que, por falta de condições sociais e/ou familiares, não possam manter-se na sua própria habitação (Direção de Serviços de Estudos Planeamento e Apoio às Organizações, 2014; Instituto da Segurança Social, 2015). Por fim, a ERPI é um alojamento coletivo, temporário ou permanente para pessoas idosas que não possuem condições sociais e/ou familiares para se manter na sua própria habitação. Esta resposta oferece atividades de apoio social, recreativas e presta cuidados de enfermagem (Direção de Serviços de Estudos Planeamento e Apoio às Organizações, 2014; Instituto da Segurança Social, 2015).

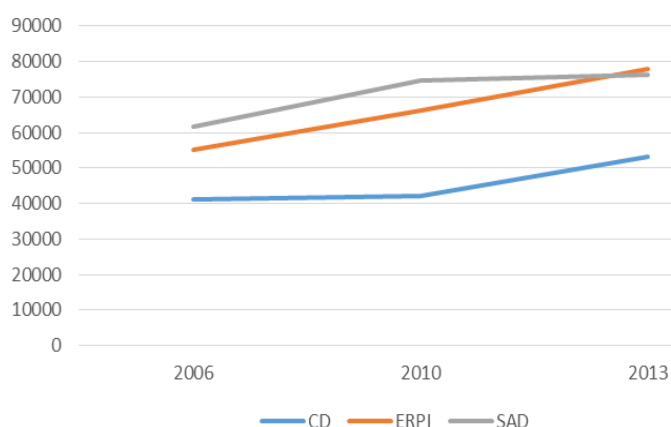
Os dados mais recentes, reunidos entre 2000 a 2013, mostram um crescimento de 53% na capacidade de todas as respostas sociais de Portugal Continental (Gráfico 6). O SAD foi a resposta social que mais se destacou com um crescimento de 108%, realçando-se a sua importância na prestação de cuidados à população idosa, nomeadamente na manutenção da pessoa idosa no seu domicílio. A par com o aumento da capacidade das respostas verificou-se também um aumento da utilização das mesmas (Gráfico 7). Observamos, então que a utilização CD aumentou 29%, do SAD 23%, sendo a valência de ERPI a que mais cresceu, verificando-se um aumento de 41%. Conferimos ainda que a resposta social mais utilizada em Portugal até 2013 foi o SAD sendo ultrapassada em 2013, por uma pequena diferença, pela ERPI que até aí era a segunda mais utilizada. Por fim,

temos o CD que apesar do seu aumento mantém-se como a resposta social menos utilizada.



Fonte: Carta Social  
(J. Gonçalves, 2013, p. 30)

**Gráfico 6 - Evolução da capacidade das respostas sociais - continente (2000 - 2013)**



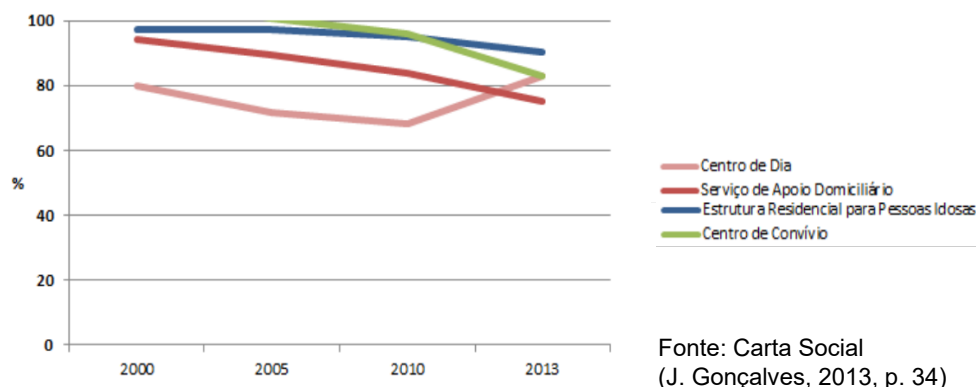
Fonte: Carta Social  
(J. Gonçalves, 2013)

**Gráfico 7 - Evolução da utilização das respostas sociais - Continente (2006 - 2013)**

No Gráfico 8 está representado o rácio utilizador/capacidade<sup>5</sup> das respostas sociais para o período de 2000 a 2013. Da sua observação podemos verificar que há uma tendência para a sua diminuição apesar da utilização e a capacidade ter aumentado nos últimos anos. Isto acontece visto que o aumento da utilização e da procura pelas respostas sociais não acompanha o desenvolvimento da sua capacidade. Assim, há mais vagas do que aquelas que são utilizadas pela população idosa. Esta diminuição também pode ser devida ao período de crise económica e financeira que pode levar a que as pessoas idosas

<sup>5</sup> Dado por número total de utilizadores registados no equipamento por número total de lugares existentes no equipamento vezes 100 (Letra & Martin, 2010). Este rácio diz-nos a percentagem das vagas existentes que estão preenchidas para determinada resposta social.

e/ou familiares não recorram tanto às respostas sociais ainda que necessitem. Apesar desta tendência este rácio tem-se mantido bastante alto. Para 2013, a valência de ERPI é a que apresenta maior taxa de utilização (90,1%) e o SAD o que apresenta a taxa mais baixa (75,1%) (J. Gonçalves, 2013). A nível continental o rácio é menor no interior e no sul do país.



**Gráfico 8 - Evolução do rácio utilizador/capacidade das respostas sociais para as pessoas idosas - continente (2000 - 2013)**

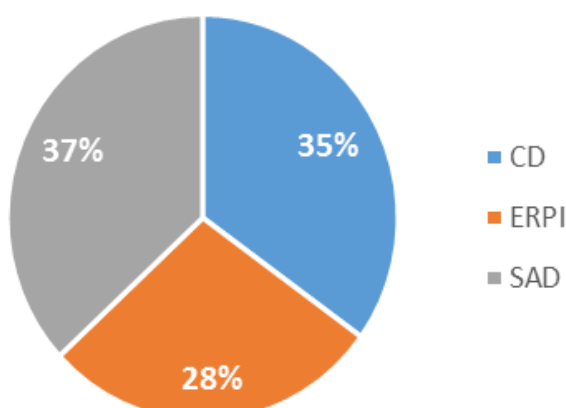
A cobertura de respostas sociais dirigidas à população idosa tem evoluído de forma positiva ao longo do período de análise (2006-2013) de 11,1% para 12,6% reflexo do aumento significativo do número de lugares disponíveis nas respostas para esta população (J. Gonçalves, 2013). Contudo, atendendo à evolução demográfica e ao agravamento do peso da população com idades iguais ou superiores a 65 anos, o crescimento da taxa de cobertura tem decorrido de forma lenta (J. Gonçalves, 2013).

Relativamente à população idosa que frequenta as respostas sociais CD, ERPI e SAD. Gonçalves (2013) refere que 71% dos utentes da valência ERPI têm 80 ou mais anos, destes 47% têm 85 ou mais anos. Os utentes desta resposta social são na sua maioria do sexo feminino sendo que a proporção de mulheres se acentua com o aumento da idade. A resposta social de SAD caracteriza-se por uma população envelhecida sendo que 55% tem 80 ou mais anos. Apesar de o sexo feminino não predominar para a população com idade inferior a 65 anos e idade compreendida entre 65 e 69 anos, é possível verificar que a proporção de mulheres aumenta a par com a idade (J. Gonçalves, 2013). Para a valência de CD verifica-se que 50% das pessoas têm 80 ou mais anos. Tal como no SAD o sexo feminino não é predominante na população com idade inferior a 65 anos. Todavia, nesta resposta social podemos verificar o aumento da proporção de mulheres com a idade (J. Gonçalves, 2013). Desta forma, podemos inferir que há uma tendência para as pessoas recorrerem às respostas sociais em idade mais avançada, sobretudo à institucionalização (ERPI).



### 3.2.2 Respostas Sociais em Mira

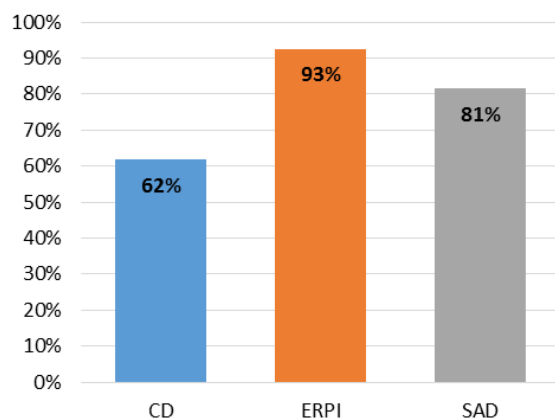
O concelho de Mira possui neste momento cinco IPSS. Todas as instituições possuem as valências de CD e SAD. Apenas duas possuem a resposta social de ERPI (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015a, 2015b, 2015c). No Gráfico 9 podemos observar a utilização das respostas sociais no concelho de Mira. Podemos concluir que a resposta social mais utilizada no concelho de Mira é o SAD e a menos utilizada a ERPI. Porém, não existe grande diferença entre a sua utilização por parte da população idosa. Comparando a utilização das respostas sociais no concelho de Mira com a utilização em Portugal Continental (Gráfico 7) verificamos que existem algumas diferenças. Se no concelho de Mira a resposta social mais utilizada é o SAD, seguido do CD e apenas no fim surge a ERPI, a nível nacional, esta resposta social é a mais utilizada seguida do SAD e do CD. Ou seja, em Mira utiliza-se menos a ERPI que no resto do país provavelmente devido ao fato das vagas para esta resposta serem inferiores.



Fonte: (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015a, 2015b, 2015c)

**Gráfico 9 - Utilização das respostas sociais no concelho de Mira em 2014**

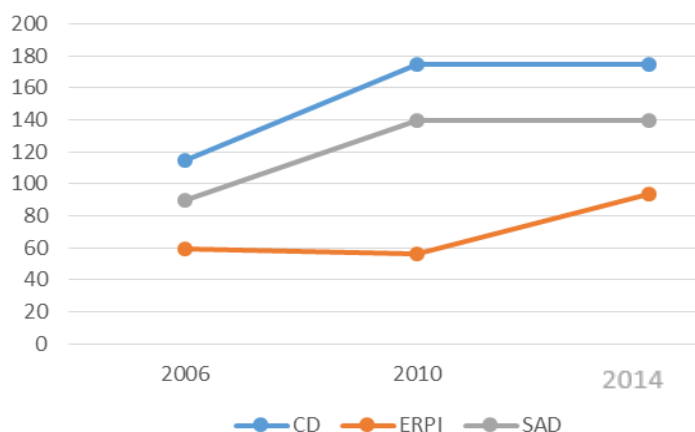
Relativamente ao rácio utilizadores/capacidade, tal como podemos verificar no Gráfico 10, a resposta social mais preenchida é a ERPI (93%), seguida da resposta social SAD com 81% das suas vagas preenchidas e o CD com 62%. Quando comparados com os dados relativos a Portugal Continental (Gráfico 8) conclui-se que neste concelho a resposta social CD está mais preenchida que a resposta social SAD, verificando-se o inverso no segundo contexto.



Fonte: (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015a, 2015b, 2015c)

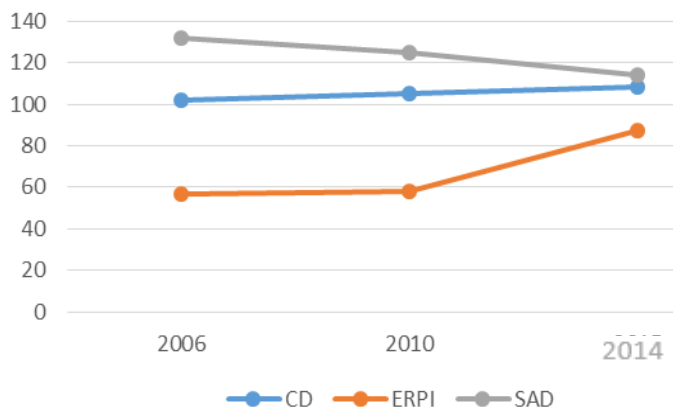
**Gráfico 10 - Rácio utilizadores/capacidade das respostas sociais no concelho de Mira em 2014**

O Gráfico 11 e 12 mostram a evolução da capacidade e utilização das respostas sociais em Mira para o período de 2006 a 2015. Pela observação do Gráfico 12 podemos inferir que a resposta social mais utilizada no período em questão sempre foi o SAD apesar da sua utilização ter vindo a decrescer ao longo do tempo. A resposta social menos utilizada é a ERPI. Porém, foi também esta a resposta que mais cresceu no período em análise.



Fonte: (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015a, 2015b, 2015c; Letra & Martin, 2010; Martin, Neves, Pires, & Portugal, 2006)

**Gráfico 11 - Evolução da capacidade das respostas sociais em Mira (2006 - 2014)**



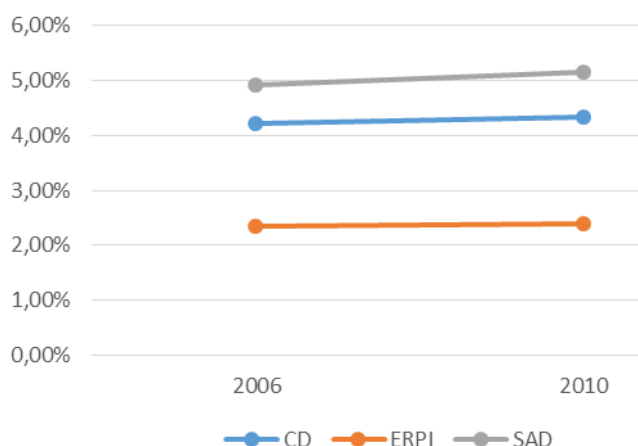
Fonte: (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2015a, 2015b, 2015c; Letra & Martin, 2010; Martin et al., 2006)

**Gráfico 12 - Evolução da utilização das respostas sociais em Mira (2006 - 2014)**

Relativamente à capacidade podemos verificar que todas as respostas sociais viram crescer significativamente quanto à sua capacidade. A resposta social com mais capacidade é o CD, seguida do SAD. A valência com menos capacidade é a ERPI. O CD e o SAD tiveram um crescimento semelhante até 2010 e estabilizando até 2015. Por outro lado a ERPI manteve a sua capacidade até 2010 e apenas em 2015 viu aumentar drasticamente a sua capacidade.

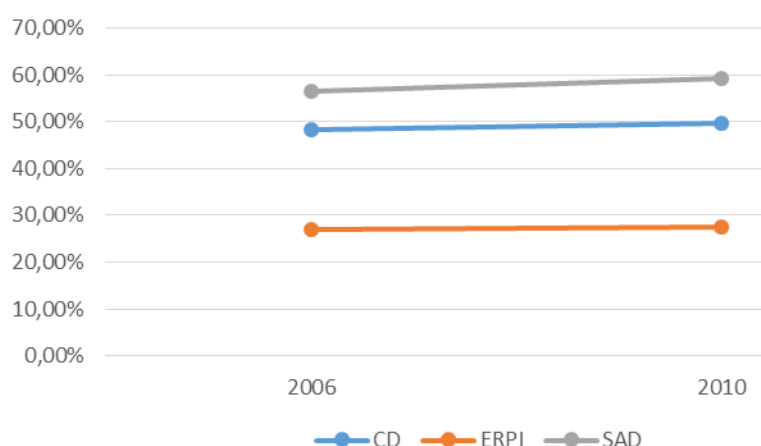
Um dos aspetos interessantes ao compararmos os gráficos 11 e 12 é que apesar de o CD ter mais capacidade que o SAD, é este último que é mais utilizado pela população. Pela observação do Gráfico 10 pode depreender-se que o rácio utilizadores/capacidade é inferior para o CD. Desta forma, apesar de a capacidade ter aumentado, a procura não aumentou na mesma proporção resultando num maior número de vagas por preencher. Por sua vez, o SAD, ainda que com capacidade inferior, é o mais utilizado tendo um maior rácio utilizador/capacidade. A ERPI foi a que cresceu mais no período apresentado tanto a nível de capacidade, como a nível de utilização mantendo um rácio de utilizador/capacidade alto. Porém, esta continua a ser a resposta com menor capacidade e utilização.

No Gráfico 13 e 14 podemos comparar a evolução da percentagem de utilização das respostas sociais do concelho de Mira por pessoas idosas com idade superior a 65 e 85 anos, respetivamente. Apesar de haver uma tendência crescente, a percentagem de utilização das respostas sociais por pessoas idosas, por comparação, ainda é bastante reduzida. Porém estes valores crescem significativamente quando nos cingimos às pessoas idosas com idade superior a 85 anos especialmente nas respostas sociais CD e SAD, com predominância do SAD.



Fonte: (Letra & Martin, 2010; Martin *et al.*, 2006)

**Gráfico 13 - Evolução da percentagem de utilização das respostas sociais por pessoas idosas com idade ≥ 65 anos**



Fonte: (Letra & Martin, 2010; Martin *et al.*, 2006)

**Gráfico 14 - Evolução da percentagem de utilização das respostas sociais por pessoas idosas com idade  $\geq 85$  anos**

### **3.3 Opção Livre pelo sistema de suporte social na velhice ou opção condicionada?**

O senso comum tende a defender que nos comportamos de forma livre, isto é, todos nós consideramos ao optar que o fazemos de forma livre, segundo as nossas vontades (Amen, 2004; Strapasson & Dittrich, 2011). A discussão acerca da nossa liberdade vem sido abordada há séculos quer na filosofia, como no direito, na psicologia e na religião e ainda não há uma solução consensual a todas as partes (Strapasson & Dittrich, 2011).

O cerne da questão é saber em que medida somos condicionados a fazer o que fazemos ou a querer o que queremos, ou seja, saber se de fato somos livres (Cruz, 2009). Esta é a questão central deste tema: será que somos livres de optar pelo sistema de suporte social ou será essa opção determinada e/ou condicionada? Em seguida, iremos refletir acerca desta problemática procurando obter algumas considerações acerca da mesma.

Comte-Sponville (2002) definiu liberdade como a capacidade de fazer e querer o que se quer, subdividindo-a em liberdade de ação e liberdade de vontade. Por sua vez, Lima (2012) declarou o livre-arbítrio como a capacidade que possuímos de fazer livremente as nossas opções, escolhendo fazer ou não fazer aquilo que pretendemos. Deste modo, podemos inferir que a liberdade se caracteriza pela capacidade de fazer e querer.

Lima (2012) abordou duas das correntes que se foram construindo ao longo da história: o libertismo e o determinismo. O libertismo defende que a pessoa é capaz de fazer qualquer escolha independentemente da situação, ou seja, perante vinte opções possíveis a probabilidade de escolher uma é igual para todas. Para esta corrente o ser humano é criado absolutamente livre para escolher e fazer o seu percurso (D. Lima, 2012). Por sua

vez, o determinismo afirma que a liberdade não é absoluta. Nesta corrente o ser humano é condicionado nas suas escolhas, quer seja por fatores internos ou externos a si (D. Lima, 2012). Para o determinismo, a liberdade é uma ilusão já que não somos totalmente livres para querer e/ou fazer aquilo que desejamos. Segundo esta perspetiva, a liberdade é sempre condicionada (D. Lima, 2012).

Cruz (2009) defendeu o determinismo afirmando a possibilidade de uma verdade poder parecer livre sendo, na realidade condicionada por motivações, apetências e vontades que complementem o fazer. Segundo esta perspetiva, não existe controlo acerca do que nos faz ser o que somos. Assim, segundo este autor não podemos afirmar que procedemos livremente. O mesmo autor vai mais longe referindo que só seríamos verdadeiramente livres se dominássemos a ação e houvesse ausência de fatores condicionantes internos e externos. Deste modo, um ato livre seria despidido de causalidade ou condicionantes, o que segundo o autor, se torna bastante complicado já que tudo o que nos rodeia pode condicionar-nos de alguma forma. Ou seja, não vemos uma ação humana sem que seja resultado de motivação ou desejo da pessoa que a realiza. Desta forma, um ato ainda que sem significado, emoção ou planeamento poderá ser condicionado por causas anteriores (Cruz, 2009).

Strapasson & Dittrich (2011) também corroboram com a corrente determinista afirmando que todos os eventos do mundo possuem relações de dependência uns com os outros. Estes autores vão mais longe que os supracitados já que relacionam o determinismo à psicologia declarando que todos os comportamentos, escolhas, atos, reflexões, motivações e vontades são condicionados por outros eventos para ocorrer. Ao aplicar o determinismo à psicologia, os referidos autores relacionam-no com o comportamento humano fundamentando que a psicologia assenta no pressuposto de que todo o comportamento é condicionado ou determinado. De outra forma, a psicologia deixaria de fazer sentido. Com o determinismo o psicólogo é implicitamente obrigado a procurar os determinantes de determinado evento.

Existem outras correntes que não concordam com o libertismo e com o determinismo criando novas abordagens ao livre-arbítrio. Bandura (2008; 1978) descreve a teoria social cognitiva na qual aborda o determinismo recíproco. O determinismo recíproco defende que os fatores pessoais e ambientais não são independentes, pelo contrário influenciam-se entre si. Assim, é através das ações humanas que se geram condições ambientais que mais tarde poderão influenciar novamente o comportamento humano, numa cadeia de influências recíproca. Desta forma, para o determinismo

recíproco as pessoas não são apenas perceptores e autores mas também autoreatores com capacidade de autoconsciência e reflexão.

Para este autor, a teoria de aprendizagem social trata o determinismo recíproco não só a nível pessoal, mas também para a análise de fenómenos psicossociais que envolvem desde o desenvolvimento intrapessoal ao comportamento interpessoal e o funcionamento de sistemas organizacionais e sociais. Como tal, a discussão assume outra importância e deixamos de falar apenas ao nível pessoal para chegarmos ao nível de sistema organizacional tal como o sistema de suporte social. Assim, ao contrário do que muitos autores defendem as pessoas não são inteiramente condicionadas pelo ambiente tal como refere Bandura *“people's conceptions, their behavior, and their environments are reciprocal determinants of each other (...) People can be considered partially free insofar as they shape future conditions by influencing their courses of action. (...) Within the process of reciprocal determinism lies the opportunity for people to shape their destinies as well as the limits of self-direction”* (1978, pp. 356–357).

Assim, podemos afirmar que as pessoas não são verdadeiramente livres para optar pelo sistema de suporte social desejado. Estas pessoas são condicionadas pela situação familiar, económica, etc. Bris (1994) defendeu esta hipótese afirmando que para existir capacidade de decisão é imprescindível que existam possibilidades. Tal como a disponibilidade de um familiar prestar cuidados, existência de respostas sociais de qualidade com custo financeiro acessível. Ou seja, a capacidade de decisão no cuidado envolve essencialmente fatores como situação familiar e situação financeira (Bris, 1994).

### **3.4 Fatores que condicionam a opção pelo sistema de suporte social**

#### **3.4.1 Situação Familiar**

A família ainda é vista como o lugar da ajuda incondicional, como uma fonte infindável de apoio (Fernandes, 2001). Augusto *et al.* (2005) defendem que o acompanhamento e apoio às pessoas incapacitadas ou dependentes é um papel predominantemente entregue às famílias. Também Barbosa & Matos (2008) afirmam que um dos papéis mais importantes da família é a solidariedade intergeracional.

Porém, alguns autores chegam a afirmar a existência de uma obrigatoriedade de cuidar baseada nos laços familiares (Paúl, 2005; Sousa *et al.*, 2006). Barbosa & Matos (2008) abordam esta obrigatoriedade de cuidar pelos familiares como solidariedade intergeracional declarando que esta é uma das principais funções da família. Mais recentemente outros autores apontam que a família assume especial importância no

cuidado familiar por ser o contexto social mais próximo das pessoas idosas (Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola, & Faccenda, 2011).

Todavia, nos últimos anos surgiram alterações que impossibilitaram ou dificultaram o exercício desse papel pela família. Um dos acontecimentos mais marcante foi sem dúvida a entrada da mulher no mercado de trabalho já que impossibilitou ou dificultou o seu exercício no papel de cuidadora que lhe era incutido pela restante família (F. Barbosa & Matos, 2008). Este e outros fatores levaram a que a responsabilidade do cuidado deixasse de ser unicamente da família para ser transferido ou partilhado.

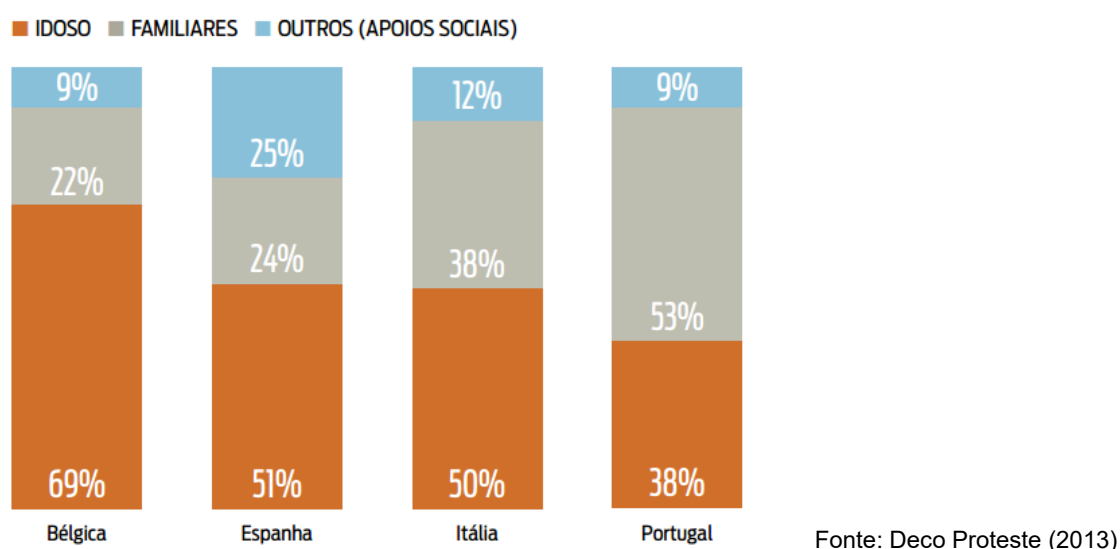
A solidariedade em situações de dependência não é consensual, não sendo claro se esta deverá emanar primordialmente da família, da sociedade ou de um esforço de ambas (Nogueira & Gonçalves, 2009). Um estudo recente, acerca da solidariedade intergeracional, foi desenvolvido em Portugal a 97 pessoas idosas. Este permitiu concluir, contrariamente ao que era esperado pela autora, que a população não tinha uma orientação puramente familística. Ou seja, a população considera que deve existir uma responsabilidade mútua entre a família e o estado no cuidado às pessoas idosas (Gama, 2011). Neste estudo permitiu ainda inferir que as pessoas idosas preferem os apoios formais aos apoios informais em caso de necessidade. A população do estudo tem expectativas elevadas relativamente a apoio emocional e informativo mas não acerca do apoio instrumental (Gama, 2011). Desta forma, podemos inferir que algumas pessoas idosas já não veem a família como opção de cuidado.

### **3.4.2 Situação Económica**

Foi realizado um estudo pela Deco Proteste, em 2012, a familiares de pessoas idosas que acompanharam o seu processo de ingressão na ERPI. Esta investigação desenvolveu-se em Portugal, na Espanha, Bélgica e Itália a um total de 3130 inquiridos dos quais 690 vivem em Portugal (Deco Proteste, 2013b). Com este estudo foi possível inferir que o custo médio da estadia por mês na ERPI é 770€ (550€ em serviço público e 925€ em serviço privado). A este valor deve acrescentar-se as despesas com medicamentos, fraldas, fisioterapia e outros serviços extra que rondam em média os 125€. Desta forma, segundo este estudo, o custo médio da ERPI pode chegar aos 895€ mensais.

Ora, tendo em conta que no ano de 2013 78% da população idosa tinha uma reforma inferior ao salário mínimo nacional (485€) inferimos que muitas pessoas idosas não possuíam meios para pagar a mensalidade da ERPI sem outros apoios (PORDATA, 2013f, 2015). Esta foi também uma conclusão do estudo da Deco. Este estudo revelou que 67% das pessoas idosas que vivem em lares têm um rendimento inferior ao custo mensal

da instituição e 25% dessas pessoas idosas necessita de mais de 500€ para pagar a vaga de ERPI (Deco Proteste, 2013b). Perante a indisponibilidade de pagar a mensalidade da ERPI as pessoas idosas recorrem maioritariamente (53%) aos familiares – Gráfico 15. Apenas 38% da população em estudo recorre às suas poupanças. Desta forma, podemos inferir esta população além da reforma não tem muitas vezes poupanças monetárias disponíveis pelo que necessita de recorrer a apoio familiar e/ou outros apoios. Estes dados são diferentes nos restantes países em estudo (Bélgica, Itália e Espanha) em que a maioria (69%, 50%, 51%, respetivamente) dispunha das suas poupanças para pagar a mensalidade da ERPI (Deco Proteste, 2013b).



**Gráfico 15 - Forma de pagamento da vaga de ERPI pelas pessoas idosas em Portugal**

Outro problema identificado por este estudo foi o do tempo de espera por uma vaga na ERPI. Segundo o estudo da Deco, quase metade dos inquiridos teve de esperar por uma vaga sendo que 10% esteve um ano em lista de espera e 5% aguardaram três ou mais anos (Deco Proteste, 2013a). A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) estima que existam 10 mil pessoas idosas em lista de espera para obter uma vaga numa ERPI. A CNIS defende que as vagas existentes em ERPI ainda são insuficientes para a procura. No entanto as vagas têm aumentado em resultado de investimento estatal e alteração legislativa (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, 2013). Perante a espera por uma vaga em ERPI, verificou-se que, em situações específicas, os familiares assumiram temporariamente o cuidado da pessoa idosa, ou contrataram uma pessoa e/ou serviço de forma a assegurar o cuidado da pessoa idosa. Verificaram-se ainda casos em que a pessoa idosa aguardou a vaga no Hospital.



O estudo da Deco Proteste permitiu inferir que a admissão na ERPI é muitas vezes encarada como a única opção para a família. No entanto, o presidente da CNIS afirma que: “é preferível apostar mais no apoio domiciliário e no centro de dia, mas sobretudo no apoio domiciliário. O internamento num lar deve ser a última hipótese a considerar. O ideal é que os filhos assumam as suas responsabilidades para com os respetivos pais quando eles já estão numa fase mais frágil” (Deco Proteste, 2013a, p. 12). Esta visão vai ao encontro das orientações internacionais que também defendem que a manutenção da pessoa idosa no seu domicílio deve ser a prioridade (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005).

Desta forma, podemos inferir que as pessoas idosas são condicionadas pela sua situação económica na hora de escolher o apoio social que pretendem. Estas pessoas idosas tornam-se dependentes financeiramente de familiares para ingressarem na ERPI. Segundo Friedman & Friedman (2012) a liberdade económica define-se pela capacidade de escolher que uso dar ao nosso rendimento. Desta forma, percebermos que não será esse o problema das pessoas idosas em Portugal. O cerne da problemática é sim ter disponibilidade financeira que lhes permita o acesso às respostas sociais, que lhes possibilite escolher entre serviço público ou privado, entre esta resposta social e ou outra entre esta ERPI ou outra. O que inferimos é que na maior parte das vezes a sua disponibilidade financeira (reforma e poupanças) não lhes permite escolher ficando dependente de apoios estatais ou familiares, quando possível, para ter acesso a uma resposta social. A dificultar há ainda a indisponibilidade de vagas nas respostas sociais. Assim, as pessoas idosas em Portugal não são verdadeiramente livres de optar pelo sistema de suporte social que pretendem.

#### **4. OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo geral perceber se as trajetórias de vida influenciam a escolha do sistema de suporte social por parte das pessoas idosas. Pretende-se compreender a opção pelo cuidado formal ou informal através da análise dos eventos marcantes das pessoas idosas e das suas especificidades. Em termos específicos, procura-se compreender os condicionantes e condicionadores das pessoas idosas na opção pelo sistema de suporte.

## **5. METODOLOGIAS**

### **5.1 Desenho da Investigação**

Este é um estudo exploratório que tem por base uma abordagem quantitativa e qualitativa já que visa aprofundar o conhecimento existente acerca de determinada problemática tornando-a mais clara (Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010). Esta investigação baseia-se na perspetiva das pessoas idosas acerca dos seus acontecimentos de vida e outros fatores que poderão influenciar a opção pelo sistema de suporte em caso de necessidade.

Para este trabalho será realizada uma análise estatística descritiva e correlacional pretendendo-se averiguar as relações entre as diferentes variáveis a fim de perceber quais é que se encontram associados (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Neste estudo pretende-se perceber, entre outras associações, se existe relação entre os acontecimentos de vida significativos e a opção pelo sistema de suporte.

### **5.2 Instrumentos de recolha de dados**

Para a realização deste trabalho de investigação foram realizados dois inquéritos: o inquérito para as pessoas idosas da comunidade (Apêndice 1) e o inquérito para as pessoas idosas utentes de uma IPSS (Apêndice 2). Estes inquéritos possuem grupos de perguntas que abrangem as seguintes dimensões: caracterização sociodemográfica; acontecimentos de vida, reforma e envelhecimento; atividade profissional, ocupação e recursos económicos; estado de saúde; rede de suporte informal e respostas sociais. Os inquéritos são iguais em todas as dimensões com exceção da dimensão respostas sociais em que foram realizadas questões diferentes para um grupo e para o outro, de acordo com as suas especificidades. Os inquéritos realizados também são constituídos por instrumentos e escalas já utilizadas e validadas para a população portuguesa, questões de resposta rápida, questões de resposta ao estilo likert e uma questão de resposta aberta acerca dos acontecimentos de vida significativos. Após a sua elaboração, os inquéritos apresentados foram revistos por pares tendo sido realizadas as adaptações necessárias. Em seguida, foi testado através da sua aplicação junto de três pessoas idosas da comunidade e da IPSS. Seguidamente, ir-se-ão abordar as diferentes dimensões do inquérito.

### **5.2.1 Caracterização Sociodemográfica**

Esta dimensão do inquérito é comum a ambos e foi elaborado tendo em conta informação que pretendíamos recolher. Desta forma, contém perguntas acerca da idade, sexo, estado civil, situação profissional, nacionalidade, naturalidade, profissão atual, ocupação atual, nível de escolaridade, local de residência, mudanças geográficas (emigração, imigração e migração), motivo para essas mudanças, motivação para voltar ao concelho onde é natural (se aplicável) e com quem vive. Nesta última opção considerou-se como opção instituição para o caso das pessoas idosas residentes em ERPI.

### **5.2.2 Acontecimentos de vida, reforma e envelhecimento**

Esta dimensão do inquérito é comum e foi estruturada e desenvolvida tendo em conta a informação que pretendíamos do público-alvo e indo ao encontro do cerne desta investigação as trajetórias de vida das pessoas idosas. Tendo em conta a adoção da perspetiva de trajetória de vida foram questionados os acontecimentos e eventos de vida mais marcantes na vida da pessoa e o porquê de os considerar relevantes e não outros. Sendo que a população alvo é a pessoa idosa realizaram-se ainda questões acerca das alterações de vida com a entrada na reforma, preocupação com o envelhecimento ao longo da vida, alteração da perspetiva de envelhecimento ao longo da vida e, no caso de uma resposta afirmativa, que alterações. Com estas perguntas pretendia-se verificar a perceção dos inquiridos acerca do envelhecimento ao longo da vida e no momento. Por fim, foram realizadas questões acerca do bem-estar e da satisfação com a vida tentando-se perceber a visão da pessoa da sua vida e do seu bem-estar.

### **5.2.3 Atividade profissional, ocupação e recursos económicos**

A dimensão atividade profissional, ocupação e recursos económicos teve como referência Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS) (P. Lopes, Nogueira, & Rodrigues, 2006) conjuntamente com algumas questões que consideraram necessárias tendo em conta a população-alvo, nomeadamente acerca da atividade profissional anterior à reforma e averiguação da possível alteração da mesma ao longo da vida. Questionou-se ainda a ocupação do tempo da população idosa. Esta secção é comum aos utentes de comunidade e IPSS.

O OARS é um instrumento desenvolvido pelo Duky University Center, em 1978, para o estudo do envelhecimento humano (Hook, Berkman, & Dunkle, 1996). Este foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas em cinco áreas distintas: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades

da vida diária (George & Fillenbaum, 1985). Este inquérito foi validado e analisado para a população idosa em três populações mais velhas: uma amostra da comunidade, uma amostra clínica, e uma amostra institucional. A confiabilidade teste-reteste é de 91 por cento (Fillenbaum, 1988). Este inquérito foi validado para a população portuguesa por Rodrigues (2008). Relativamente às propriedades psicométricas trata-se de um instrumento com uma consistência interna satisfatório, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,89 para a secção de recursos económicos (Rodrigues, 2007, 2008).

Para esta investigação utilizou-se especificamente a área de recursos económicos. Esta não se encontra na sua versão integral, sendo apenas utilizadas algumas questões (nomeadamente as perguntas 15, 16, 18, 19, 20d, 27, 29 e 30) que foram adaptadas tendo em conta o público-alvo e a informação que se pretendia obter (perguntas 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28 e 29 – respetivamente).

#### **5.2.4 Estado de saúde**

Esta secção do inquérito, comum a pessoa da comunidade e de IPSS, é composta por questões gerais de saúde e por duas escalas de avaliação das ABVD e AIVD expostas na forma de quadro (questão 33 – Apêndice 1 e 2). Assim, foram questionados os problemas de saúde atual, como afetavam o dia-a-dia, problemas de saúde ao longo da vida e influência, limitações físicas e/ou psíquicas, classificação do estado de saúde e deslocações ao médico. As escalas utilizadas para avaliação das ABVD e AIVD foram respetivamente: o Índice de Barthel (Fátima Araújo, Oliveira, Pinto, & Ribeiro, 2007; Sequeira, 2010) e a Escala de Lawton & Brody (F. Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008; Sequeira, 2010).

O índice de *Barthel* é um instrumento de avaliação das ABVD desenvolvido por *Mahoney e Barthel* (1965) composto por dez itens, cada um corresponde a uma ABVD diferente. Cada um apresenta opções diferentes que correspondem a diferentes níveis de dependência. A cotação deste instrumento é de 0 a 100, sendo que quanto maior for a pontuação, menor o grau de dependência conforme os pontos de corte indicados na tabela 1. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Araújo *et al.* (2007) obtendo consistência interna satisfatória sendo valor de *alpha de Cronbach* de 0,96.

**Tabela 1 - Ponto de Corte do Índice de Barthel**

| Pontuação | Nível de dependência     |
|-----------|--------------------------|
| 90-100    | Independente             |
| 60-89     | Ligeiramente dependente  |
| 40-59     | Moderadamente dependente |
| 20-39     | Severamente dependente   |
| 0-19      | Totalmente dependente    |

A Escala de *Lawton & Brody* foi desenvolvida por *Lawton & Brody* (1969) e é um instrumento de avaliação das AIVD composto por oito itens. Cada item corresponde a uma AIVD diferente e possui entre três e cinco níveis de dependência. A cotação deste instrumento varia entre 8 e 30 de acordo com os pontos de corte indicados na tabela 2. Neste instrumento quanto maior a pontuação, maior o grau de dependência. Relativamente às propriedades psicométricas, a validação portuguesa deste instrumento, realizada por Araújo *et al.* (2008), obteve uma consistência interna satisfatória com um *alpha* de *Cronbach* de 0,909.

**Tabela 2 - Ponto de Corte da Escala de *Lawton & Brody***

| Pontuação | Dependência              |
|-----------|--------------------------|
| 8         | Independente             |
| 9-20      | Moderadamente dependente |
| 20-30     | Severamente dependente   |

### **5.2.5 Rede de Suporte informal**

Esta secção pretende avaliar a rede de suporte informal e é igual quer no inquérito para as pessoas da comunidade quer no inquérito destinado aos utentes de IPSS. Para avaliação desta dimensão foi utilizada a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Lubben *et al.*, 2006; Ribeiro *et al.*, 2012). Este instrumento desenvolvido por Lubben (1988) avalia as redes sociais da população idosa mais especificamente o apoio percebido e recebido por familiares e amigos. Nesta investigação foi utilizada a versão breve desta escala por ser simples, rápida e aconselhada para avaliação de risco de isolamento social (Ribeiro *et al.*, 2012). A versão portuguesa desta escala obteve uma consistência interna satisfatória com um *alpha* de *Cronbach* de 0,80.

### **5.2.6 Respostas Sociais**

Esta secção tem como objetivo averiguar a relação das pessoas idosas com as respostas sociais existentes no concelho. Desta forma, vai assumir diferentes contornos consoante a pessoa idosa seja da comunidade ou esteja integrado numa IPSS.

#### **5.2.6.1 Pessoas idosas da comunidade**

Na dimensão de respostas sociais especificamente para as pessoas idosas da comunidade questionou-se se já usufruiu alguma resposta social e, caso a resposta seja afirmativa, o motivo de abandono. Existe ainda perguntas acerca da preferência do cuidado, nível da qualidade das respostas sociais da zona e se as respostas sociais existentes são suficientes para responder às necessidades das pessoas idosas da freguesia.

#### **5.2.6.2 Pessoas idosas utentes de IPSS**

Na dimensão de respostas sociais especificamente para as pessoas idosas que recorrem a IPSS questionou-se a duração do recurso à resposta social, o motivo de ingresso na mesma e se esta foi a primeira opção. Nos dois inquéritos, foi questionada a preferência do cuidado e se as respostas sociais são suficientes para responder às necessidades das pessoas idosas da freguesia.

### **5.3 Caracterização da Amostra**

A amostra é constituída por 255 pessoas idosas das quais 130 (51%) provêm da comunidade e 125 (49%) usufruem uma IPSS, de idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos de idade e com uma idade média de 78 anos. 73% das pessoas inquiridas são do sexo feminino e 27% do sexo masculino. Grande parte da população inquirida é viúva (45%) ou casada (42%). A maioria (99,6%) é de nacionalidade Portuguesa. 70% residem na freguesia de Mira, 20% na freguesia do Seixo, 5% na freguesia dos Carapelhos e 5% na freguesia da Praia de Mira. 68 % da população inquirida completou o 1º, 2º ou 3º ciclo do ensino básico, 22% não sabe ler ou escrever, 6% sabe ler ou escrever e 3% completou ensino secundário, licenciatura ou um curso profissional. Apenas 1% da população inquirida não é reformada. Dos reformados, 70% receberam-na por idade e 29% é por invalidez.

## 5.4 Procedimentos

### 5.4.1 Seleção da Amostra

Inicialmente definiu-se como objetivo a obtenção de uma amostra representativa da população idosa do concelho de Mira tentando-se aproximar ao máximo todas as características da população descritas no Censo à amostra (Fortin, 1999). O tamanho da amostra foi calculado considerando um erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95%, para uma população de 3144 (Instituto Nacional de Estatística, 2011a) e reconhecendo esta população como heterógena (Richardson, Peres, Wanderley, Correia, & Peres, 1999). Perante estas condicionantes ter-se-ia de inquirir pelo menos 343 pessoas idosas, tendo-se definido como meta a aplicação do inquérito a 350 pessoas idosas. Ficou estabelecido a amostra seria distribuída geograficamente de acordo com a distribuição populacional do último Censo para a população residente no concelho de Mira. Optou-se por em cada freguesia do concelho de Mira formar quatro grupos iguais: um com pessoas idosas da comunidade, um com pessoas utentes de CD, um com pessoas utentes de SAD e outro com utentes de ERPI. Assim a distribuição esperada era conforme se encontra a tabela 3.

**Tabela 3 - Distribuição esperada da amostra pelo concelho de Mira**

| Freguesia  | Mira | Seixo | Carapelhos | Praia de Mira | Total |
|------------|------|-------|------------|---------------|-------|
| Comunidade | 56   | 11    | 4          | 18            | 89    |
| SAD        | 55   | 10    | 4          | 18            | 87    |
| CD         | 55   | 10    | 4          | 18            | 87    |
| ERPI       | 55   | 10    | 4          | 18            | 87    |
| Total      | 221  | 41    | 16         | 72            | 350   |

Porém, a distribuição da amostra tal como apresentada na tabela 3 não foi praticável. Os motivos relacionam-se com o fato de não existirem todas as respostas sociais apresentadas em todas as freguesias, nomeadamente não existe ERPI na freguesia dos Carapelhos e Praia de Mira. Outro motivo deve-se ao fato do número de pessoas idosas necessárias à amostra ser inferior ao número de pessoas utentes dessa mesma resposta. Por fim, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão registaram-se baixas<sup>6</sup> o que também interferiu para que não fosse possível recolher a amostra tal como esperado. Assim, no final obteve-se a amostra conforme está apresentada na tabela 4. A

---

<sup>6</sup> Pessoas idosas que não foram incluídas na amostra após aplicação dos critérios de inclusão ou exclusão estipulados.

quantidade de pessoas idosas provenientes da comunidade na Praia de Mira é inferior à esperada enquanto nas restantes freguesias é superior à esperada. Esta opção decorre da tentativa de igualar em quantidade o número de pessoas provenientes da comunidade relativamente às pessoas idosas utentes de IPSS.

**Tabela 4 - Distribuição real da amostra pelo concelho de Mira**

|            | Mira       |        |           | Seixo      |        |           | Carapelhos |        |           | Praia de Mira |        |           | Total      |           |
|------------|------------|--------|-----------|------------|--------|-----------|------------|--------|-----------|---------------|--------|-----------|------------|-----------|
|            | residentes | baixas | recolhido | residentes | baixas | recolhido | residentes | baixas | recolhido | residentes    | baixas | recolhido | residentes | recolhido |
| Comunidade | 1985       | 0      | 89        | 375        | 0      | 26        | 147        | 0      | 7         | 637           | 8      | 8         | 3144       | 130       |
| SAD        | 38         | 9      | 29        | 26         | 0      | 9         | 30         | 0      | 6         | 20            | 20     | 0         | 114        | 44        |
| CD         | 45         | 14     | 31        | 25         | 0      | 10        | 24         | 23     | 1         | 7             | 3      | 4         | 101        | 46        |
| ERPI       | 55         | 26     | 29        | 31         | 4      | 6         | 0          | 0      | 0         | 0             | 0      | 0         | 86         | 35        |
| Total      |            |        | 178       |            |        | 51        |            |        | 14        |               |        |           |            | 255       |

#### 5.4.1.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão subdividem-se em dois grupos as pessoas que vivem na comunidade e as pessoas idosas que frequentam uma IPSS. Cada um destes grupos apresenta critérios de inclusão e exclusão específicos.

O grupo das pessoas idosas que vivem na comunidade tem como critérios de inclusão:

- Ter 65 ou mais anos;
- Aceitar participar no estudo com manifestação formal através da declaração de consentimento informado e esclarecido;
- Viver na comunidade.

Os critérios de exclusão deste mesmo grupo são:

- Desorientação espaço - temporal;
- Desorientação em relação a si;
- Deficiência auditiva grave ou completa;
- Usufruir de uma IPSS.

Por sua vez, os critérios de inclusão do grupo das pessoas idosas que frequentam IPSS são:

- Ter 65 ou mais anos;



- Aceitar participar no estudo com manifestação formal através da declaração de consentimento informado e esclarecido;
- Pertencer a uma resposta social.

Os critérios de exclusão deste mesmo grupo são:

- Desorientação espaço - temporal;
- Desorientação em relação a si;
- Deficiência auditiva grave ou completa.

## **5.4.2 Procedimentos para a recolha de dados**

### **5.4.2.1 Pessoas provenientes da comunidade**

Para a recolha de dados foram estabelecidos contactos com a Câmara Municipal de Mira (Apêndice 3) bem como com os presidentes da Junta de Freguesia de Mira, do Seixo, dos Carapelhos e da Praia de Mira (Apêndice 4). A todos estes foi entregue uma carta de solicitação de apoio para a realização dos inquéritos, informação acerca da amostra e foi explicada a investigação em curso bem como foram prestados todos os esclarecimentos que os mesmos consideraram necessários. Estes contactos foram fulcrais para perceber de que forma poderíamos chegar às pessoas idosas da comunidade permitindo também o conhecimento dos dirigentes municipais do estudo em curso.

Neste grupo foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística: amostragem por bola de neve ou em cadeia. Esta tipologia de amostra é utilizado para identificar e entrar em contato com populações com as quais não temos contato, neste caso a população idosa do concelho de Mira (Atkinson & Flint, 2001). Esta metodologia é realizada através de referências realizadas entre pessoas que se conhecem e compartilham características que são de interesse de pesquisa (Biernacki & Waldorf, 1981). Numa primeira fase questionaram-se pessoas idosas e conhecidas do investigador, questionando estas sobre outras pessoas que conhecia e que poderiam participar neste estudo até obtermos as pessoas idosas necessárias em determinada freguesia (Goodman, 1961).

### **5.4.2.2 Pessoas idosas utentes da IPSS**

Também foram contactados todos os Diretores Técnicos e Presidentes de todas as IPSS existentes no concelho de Mira. Este contacto tinha como objetivo a obtenção da autorização de recolha de dados juntas das pessoas idosas utentes daquela instituição. A todos foi entregue o pedido de autorização para recolha de dados (Apêndice 5), informação acerca da amostra, foi explanada toda a investigação e foram prestados todos os

esclarecimentos solicitados. Após a obtenção da autorização procedeu-se à recolha de dados junto das pessoas idosas.

Este grupo de pessoas idosas foi recolhido utilizando a técnica de amostragem não probabilística: amostragem intencional ou seleção racional. Esta técnica consiste na escolha de pessoas que apresentam as características requisitadas nos critérios de inclusão e exclusão (Fortin, 1999). Desta forma, as pessoas que participam nesta amostra incluem-se propositadamente consoante determinadas características definidas pelo investigador (Richardson et al., 1999). Assim, após a obtenção da autorização das IPSS estas indicavam, em cada resposta social, as pessoas idosas que poderiam participar no estudo tendo em conta as especificidades apresentadas.

#### **5.4.3 Procedimentos para a análise dos dados**

Os dados obtidos foram analisados recorrendo à estatística descritiva com o cálculo das frequências, medidas de tendência central e dispersão. Além da descrição dos dados, utilizaram-se estatísticas inferenciais. No sentido de estudar a relação entre variáveis utilizou-se o teste do qui-quadrado e do coeficiente de *Phi* e de *Cramer*. Estes procedimentos implicaram um nível de significância que teve como critério  $p < 0.05$ . As relações foram realizadas sempre relativamente à preferência do cuidado. Os dados foram processados para o programa de estatística SPSS versão 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*). A análise qualitativa realizou-se através da categorização das respostas obtendo-se dimensões e subdimensões, as quais foram posteriormente sujeitas à análise descritiva e correlacional.

#### **5.4.4 Questões Éticas**

Para assegurar a dimensão ética da investigação todos os participantes assinaram uma declaração de consentimento livre e esclarecido de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia e a lei de proteção de dados (Apêndice 6) (Assembleia da República, 1998; World Medical Association, 2013). A todos os participantes se explicaram os objetivos da investigação bem como as circunstâncias da sua participação neste estudo. Foi assegurada a confidencialidade dos dados assim como foi esclarecido que se trata de uma participação voluntária.

### **6. RESULTADOS**

Os resultados encontram-se subdivididos segundo as dimensões do inquérito: caracterização sociodemográfica; acontecimentos de vida, reforma e envelhecimento;

atividade profissional, ocupação e recursos económicos; estado de saúde; rede de suporte informal e respostas sociais. Em cada uma destas dimensões ir-se-ão abordar as respostas mais significativas e estabelecer-se-ão comparações entre as pessoas idosas da comunidade e as que frequentam a IPSS ou outras consideradas necessárias.

## **6.1 Análise descritiva**

### **6.1.1.Caracterização sociodemográfica**

A amostra deste estudo é composta por 255 pessoas idosas das quais 130 (51%) não usufruem de uma resposta social e 125 (49%) usufruem de uma resposta social. Destes últimos, 17% são utentes de SAD, 18% são utentes de CD e 14% são utentes de ERPI. Esta distribuição resulta, por um lado, da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e, por outro, de procura em garantir igual representatividade de todas as respostas sociais existentes no concelho.

A distribuição, relativamente à freguesia de residência dos inquiridos, pretende ser o mais representativa possível da estrutura da população idosa do concelho. De acordo com os dados do último recenseamento: 63% da população idosa reside em Mira, 12% reside no Seixo, 5% reside nos Carapelhos e 20% reside na Praia de Mira (Instituto Nacional de Estatística, 2011a). Neste estudo, de acordo com a amostra obtida, 70% dos inquiridos pertencem à freguesia de Mira, 20% à freguesia do Seixo, 6% à freguesia dos Carapelhos e 5% à freguesia da Praia de Mira. As diferenças advêm do fato de, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, não ser possível recolher um número de respondentes que assegurasse a mesma proporcionalidade da distribuição da população residente.

Os participantes deste estudo têm uma idade média de 78 anos, sendo que 40% das pessoas têm uma idade compreendida entre os 75 e os 84 anos, 37% tem uma idade compreendida entre os 65 e os 74 anos e 23% tem 85 ou mais anos. 27% dos participantes são do sexo masculino e 73% do sexo feminino. Grande parte dos participantes são viúvos (45%) ou casados (42%). Apesar da maioria das pessoas idosas inquiridas viverem acompanhadas, seja pelos filhos (10%), cônjuge (37%), irmãos (2%) ou outros parentes (4%), há uma grande proporção que vive sozinha (33%). Apenas 1% das pessoas não são reformadas, sendo que 70% reformaram-se devido à idade e 29% por invalidez.

Esta amostra é composta pessoas residentes no concelho de Mira (98%)<sup>7</sup> das quais a maioria (84%) é natural deste concelho. Considerando o total da amostra é de referir que 16% de pessoas que estiveram envolvidas em movimentos migratórios (Tabela 5). Destas pessoas, a maioria (76%) indicou ter-se deslocado por motivos de cariz familiar sendo também por esse motivo que todas afirmam não querer voltar a deslocar-se. Assim, as questões familiares foram preponderantes nas trajetórias de vida enquanto impulsionador de deslocação e, atualmente, de atração. Ainda relativamente às mudanças geográficas ao longo da vida, 33% das 255 pessoas idosas inquiridas foram ou são emigrantes, dos quais 25% mantiveram-se fora de Portugal por um período de 5 ou mais anos. A emigração ocorre, maioritariamente, por motivos laborais (96%).

Relativamente ao nível de escolaridade dos inquiridos, 22% declararam serem analfabetos. A maioria (66%) das pessoas inquiridas completou o ensino básico do 1ºciclo, 2% completaram o 2º ou 3ºciclo e 1% completou licenciatura ou curso profissional (Tabela 5).

**Tabela 5 - Caracterização demográfica dos utentes de IPSS e de comunidade**

|                              | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|------------------------------|-----------------|-------|------------|-------|
|                              | n               | %     | n          | %     |
| <b>Freguesia</b>             |                 |       |            |       |
| Mira                         | 89              | 34,9% | 89         | 34,9% |
| Seixo                        | 25              | 9,8%  | 26         | 10,2% |
| Carapelhos                   | 7               | 2,7%  | 7          | 2,7%  |
| Praia de Mira                | 4               | 1,6%  | 8          | 3,1%  |
| <b>Idade</b>                 |                 |       |            |       |
| 65 a 74 anos                 | 17              | 6,7%  | 77         | 30,2% |
| 75 a 84 anos                 | 58              | 22,7% | 44         | 17,3% |
| mais de 85 anos              | 50              | 20%   | 9          | 4%    |
| <b>Sexo</b>                  |                 |       |            |       |
| Masculino                    | 31              | 12,2% | 38         | 14,9% |
| Feminino                     | 94              | 36,9% | 92         | 36,1% |
| <b>Estado Civil</b>          |                 |       |            |       |
| Solteiro                     | 19              | 7,5%  | 10         | 3,9%  |
| Casado                       | 36              | 14,1% | 70         | 27,5% |
| Viúvo                        | 67              | 26,3% | 48         | 18,8% |
| Divorciado                   | 3               | 1,2%  | 2          | 0,8%  |
| <b>Situação Profissional</b> |                 |       |            |       |
| Reformado por idade          | 84              | 32,9% | 96         | 37,6% |
| Reformado por invalidez      | 41              | 16,1% | 32         | 12,5% |
| Não reformado                | 0               | 0%    | 2          | 0,8%  |
| <b>Nível de Escolaridade</b> |                 |       |            |       |
| Não sabe ler nem escrever    | 34              | 13,3% | 23         | 9%    |
| Sabe ler e/ou escrever       | 7               | 3%    | 9          | 4%    |
| Ensino básico 1º ciclo       | 78              | 30,6% | 91         | 35,7% |

<sup>7</sup> 2% referem-se a pessoas idosas utentes de IPSS no concelho de Mira, não residentes no concelho.

|                                     |     |       |     |       |
|-------------------------------------|-----|-------|-----|-------|
| Ensino básico 2º ciclo              | 1   | 0,4%  | 3   | 1,2%  |
| Ensino básico 3ºciclo               | 0   | 0%    | 1   | 0,4%  |
| Ensino secundário                   | 3   | 1,2%  | 2   | 0,8%  |
| Ensino superior – Licenciatura      | 1   | 0,4%  | 1   | 0,4%  |
| Curso Profissional                  | 1   | 0,4%  | 0   | %     |
| <b>Emigração</b>                    |     |       |     |       |
| Não                                 | 87  | 34,1% | 84  | 32,9% |
| Sim, num período inferior a 6 meses | 1   | 0,4%  | 1   | 0,4%  |
| Sim, num período de 6 meses a 1 ano | 4   | 1,6%  | 4   | 1,6%  |
| Sim, num período de 1 a 5 anos      | 4   | 1,6%  | 7   | 2,7%  |
| Sim, num período de mais de 5 anos  | 29  | 11,4% | 34  | 13,3% |
| <b>Migração</b>                     |     |       |     |       |
| Não                                 | 101 | 39,6% | 112 | 43,9% |
| Sim, num período inferior a 6 meses | 1   | 0,4%  | 0   | 0%    |
| Sim, num período de 6 meses a 1 ano | 2   | 0,8%  | 0   | 0%    |
| Sim, num período de mais de 5 anos  | 21  | 8,2%  | 18  | 7,1%  |
| <b>Com quem vive</b>                |     |       |     |       |
| Instituição                         | 35  | 13,7% | 0   | 0%    |
| Sozinho                             | 46  | 18%   | 39  | 15,3% |
| Cônjuge                             | 26  | 10,2% | 67  | 26,3% |
| Filhos                              | 12  | 4,7%  | 14  | 5,5%  |
| Irmãos                              | 3   | 1,2%  | 3   | 1,2%  |
| Pais                                | 0   | 0%    | 1   | 0,4%  |
| Sobrinhos                           | 2   | 0,8%  | 1   | 0,4%  |

### 6.1.2 Acontecimentos de Vida e Envelhecimento

Quando questionados sobre os acontecimentos mais importantes a maioria das pessoas inquiridas (85%) referiu um ou dois acontecimentos e apenas uma pequena parte (3%) mencionou três ou mais acontecimentos. Os acontecimentos marcantes relacionaram-se com a família (61%), com o casamento (33%), com o trabalho (29%), com a morte (21%), com a saúde (10%), com a emigração (8%), com o Lazer (6%), não específica (2%) e educação (1%) (Tabela 6). Assim, verificamos a importância da família para todas as pessoas inquiridas já que todas as pessoas (115% - atendendo a que as pessoas responderam uma pessoa ou mais)<sup>8</sup> referiram pelo menos um dos acontecimentos relacionados com esta dimensão (casamento, família e morte) como significativo.

Relativamente à entrada na reforma podemos verificar que 74% das pessoas inquiridas manteve a sua atividade laboral. Apenas 23% da amostra afirma ter deixado o trabalho aquando da entrada na reforma. Desta forma podemos inferir que a maioria das pessoas manteve a sua atividade laboral após a entrada da reforma. 20% das pessoas inquiridas chegaram a afirmar “não mudou nada” com a entrada na reforma (Tabela 6).

<sup>8</sup> Acontecimentos importantes relacionados com a família é resultado da soma de Família (60%) com Casamento (46,3%) e Morte (22%).

Ao abordar-se a preocupação com o envelhecimento a maioria das pessoas (83%) manifestam a sua apreensão uma vez que afirmam não se ter preocupado com o envelhecimento. Isto não significa que não cuidem de si ou que não se preocupem consigo, significa que não pensam no envelhecimento. Neste mesmo sentido, 94% das pessoas afirmam não existir alteração da perspetiva de envelhecimento.

**Tabela 6 – Acontecimentos de vida e envelhecimento dos utentes de IPSS e comunidade**

|   | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|---|-----------------|-------|------------|-------|
|   | n               | %     | n          | %     |
| <b>Acontecimentos Importantes</b>       |                 |       |            |       |
| Casamento                               | 31              | 12,2% | 53         | 20,8% |
| Família                                 | 73              | 28,6% | 80         | 31,4% |
| Morte                                   | 40              | 15,7% | 16         | 6,3%  |
| Trabalhar                               | 43              | 16,9% | 32         | 12,5% |
| Saúde                                   | 18              | 7,1%  | 8          | 3,1%  |
| Emigrar                                 | 12              | 4,7%  | 7          | 2,7%  |
| Educação                                | 3               | 1,2%  | 0          | 0%    |
| Lazer                                   | 7               | 2,7%  | 8          | 3,1%  |
| Não específica                          | 4               | 1,6%  | 2          | 0,8%  |
| <b>Alterações da vida com a reforma</b> |                 |       |            |       |
| Deixei o trabalho                       | 29              | 11,4% | 30         | 11,8% |
| Mantive o trabalho                      | 92              | 36,1% | 97         | 38%   |
| Mais tempo livre                        | 4               | 1,6%  | 5          | 2%    |
| Falta de ocupação                       | 4               | 1,6%  | 0          | 0%    |
| Tempo para outras ocupações/atividades  | 5               | 2%    | 3          | 1,2%  |
| Não mudou nada                          | 33              | 12,9% | 18         | 7,1%  |
| Mais dinheiro                           | 2               | 0,8%  | 1          | 0,4%  |

### 6.1.3 Atividade Profissional, Ocupação e rendimentos económicos

Relativamente à atividade profissional, 98% das 255 pessoas inquiridas não possui atualmente qualquer atividade profissional remunerada e 52% não possui qualquer ocupação. Mesmo assim, as ocupações mais frequentes são o trabalho doméstico (37%), cuidado de pessoas dependentes (5%) e agricultura (4%) (Tabela 7). As pessoas inquiridas ao longo da sua vida realizaram maioritariamente trabalho por contra de outrem (52%) e/ou trabalho doméstico (52%). A última atividade profissional para a maioria (72%) das pessoas foi a agricultura. 41% das pessoas manteve a mesma atividade profissional ao longo da vida.

Relativamente à ocupação do tempo podemos inferir que maioria das pessoas não apresenta muita variedade e quantidade de atividades para ocupação de tempo. Diariamente, a maioria das pessoas idosas ocupa o seu tempo diariamente vendo televisão (95%), cuidando dos animais (55%), da horta (54%), da casa (54%) e lendo (47%). Semanalmente, as atividades mais frequentes são a ida à igreja (50%), a ida às compras

(45%) e a participação em atividades culturais/sociais (41%) (Tabela 7). Estas respostas deixam transparecer um conjunto de rotinas de vida.

De acordo com as declarações dos 255 inquiridos, os rendimentos do agregado provêm maioritariamente da pensão de velhice (68%). A maioria das pessoas considera a sua situação económica igual às outras pessoas (70%) e dispor dinheiro para pequenos extras (50%). Porém quando se fala no futuro há um cenário negativo já que grande parte das pessoas considera não ter ou não saber se tem dinheiro para garantir o seu futuro (53%) (Tabela 7).

**Tabela 7 - Atividade Profissional, ocupação e rendimentos económicos dos utentes da IPSS e comunidade**

|   | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|---|-----------------|-------|------------|-------|
|   | n               | %     | n          | %     |
| <b>Ocupação Atual</b>                             |                 |       |            |       |
| Nenhuma   | 114             | 44,7% | 19         | 7,5%  |
| Cuidador(a)                                       | 2               | 0,8%  | 11         | 4,3%  |
| Doméstico(a)                                      | 9               | 3,5%  | 86         | 33,7% |
| Agricultor(a)                                     | 0               | 0%    | 11         | 4,3%  |
| Atividade Política                                | 0               | 0%    | 1          | 0,4%  |
| Comerciante                                       | 0               | 0%    | 1          | 0,4%  |
| Segurador   | 0               | 0%    | 1          | 0,4%  |
| <b>Situação Económica</b>                         |                 |       |            |       |
| Melhor  | 27              | 10,6% | 29         | 11,4% |
| Igual   | 86              | 33,7% | 92         | 36,1% |
| Pior  | 12              | 4,7%  | 9          | 3,5%  |
| <b>Dinheiro para pequenos extras</b>              |                 |       |            |       |
| Sim   | 65              | 25,5% | 61         | 23,9% |
| Não   | 23              | 9%    | 2          | 0,8%  |
| Às vezes  | 37              | 14,5% | 67         | 26,3% |
| <b>Dinheiro suficiente para garantir o futuro</b> |                 |       |            |       |
| Sim   | 62              | 24,3% | 58         | 22,7% |
| Não   | 23              | 9%    | 3          | 1,2%  |
| Não sabe  | 40              | 15,7% | 69         | 27,1% |

#### 6.1.4 Estado de Saúde

A maioria (91%) das pessoas inquiridas afirma ter algum tipo de problema de saúde neste momento. Os problemas mais frequentes são os de ossos ou músculos (62%), os relacionados com o sistema circulatório e/ou órgãos associados (28%), os de colesterol (19%), os de hipertensão arterial (18%) e quedas (10%). Destes 91% inquiridos, 75% afirmam que estes problemas interferem na sua vida quotidiana principalmente nas tarefas do dia-a-dia (62%), na realização de movimentos (25%), caminhadas (14%), autocuidado

(11%) e no trabalho (9%). 10% referem que os seus problemas de saúde interferem de tal forma que «não conseguem fazer nada».

Acerca dos problemas de saúde ao longo da vida apenas 58% da amostra refere ter tido alguns problemas de saúde ao longo da sua vida. Os mais frequentes são os problemas com ossos ou músculos (29%), problemas relacionados com o sistema circulatório e/ou órgãos associados (13%), problemas relacionados com o sistema digestivo e/ou órgãos associados (9%) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (8%). A maioria pessoas que afirmou ter problemas de saúde referem que estes afetam a sua vida (56%) e consideram ter limitações físicas e/ou psicológicas consequentes destes problemas (53%). Quando questionadas sobre o estado de saúde verificou-se que a maioria das pessoas idosas considera a sua saúde razoável, boa ou muito boa (61%). De notar que as pessoas idosas da comunidade avaliaram maioritariamente como positiva a sua saúde.

Do total da amostra, as pessoas são na sua maioria (64%) totalmente independentes ao nível das ABVD. As pessoas mais independentes estão na sua maioria na comunidade (74%). Enquanto as pessoas com algum tipo de dependência (total, severa, moderada ou leve) ao nível de AVDB são maioritariamente utentes de uma IPSS. Verificou-se ainda que a maioria das pessoas possui algum tipo de dependência (total ou moderada) ao nível das AVDI (52%). Tal como nas AVDB, nas AVDI as pessoas com dependência total e moderada são maioritariamente utentes de IPSS enquanto as pessoas com total independência são na sua maioria (93%) da comunidade.

**Tabela 8 - Estado de saúde dos utentes de IPSS e da comunidade**

|   | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|---|-----------------|-------|------------|-------|
|   | n               | %     | n          | %     |
| <b>ABVD</b>                             |                 |       |            |       |
| Totalmente dependente                   | 23              | 9%    | 6          | 2,4%  |
| Severamente dependente                  | 10              | 3,9%  | 0          | 0%    |
| Moderadamente dependente                | 16              | 6,3%  | 2          | 0,8%  |
| Ligeiramente dependente                 | 23              | 9%    | 0          | 0%    |
| Independente                            | 53              | 20,8% | 122        | 47,8% |
| <b>AIVD</b>                             |                 |       |            |       |
| Severamente dependente                  | 99              | 26,7% | 11         | 4,3%  |
| Moderadamente dependente                | 10              | 3,9%  | 7          | 2,7%  |
| Independente                            | 16              | 6,3%  | 112        | 43,9% |
| <b>Classificação do estado de saúde</b> |                 |       |            |       |
| Muito má                                | 33              | 12,9% | 10         | 3,9%  |
| Má                                      | 37              | 14,5% | 20         | 7,8%  |
| Razoável                                | 35              | 13,7% | 56         | 22%   |
| Boa                                     | 20              | 7,8%  | 42         | 16,5% |
| Muito boa                               | 0               | 0%    | 2          | 0,8%  |



### 6.1.5 Rede de Suporte informal

Acerca da rede de suporte informal podemos inferir que a maioria das pessoas idosas tem uma rede de suporte informal forte (71%). Por sua vez, 29% das pessoas idosas estão em isolamento social<sup>9</sup>. Destas pessoas idosas em isolamento social 75% são utentes de resposta social (75%). Das pessoas idosas com rede de suporte informal forte, 62% são provenientes da comunidade (Tabela 9).

**Tabela 9 - Rede de suporte informal dos utentes de IPSS e da comunidade**

|                                 | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|---------------------------------|-----------------|-------|------------|-------|
|                                 | n               | %     | n          | %     |
| <b>Rede de Suporte Informal</b> |                 |       |            |       |
| Isolamento Social               | 55              | 21,6% | 18         | 7,1%  |
| Rede de suporte informal forte  | 70              | 27,5% | 112        | 43,9% |

### 6.1.6 Respostas Sociais

Do grupo das pessoas idosas da comunidade, 2% (4 pessoas idosas) já tinha usufruído de alguma resposta social. Estas pessoas ingressaram nesta resposta por sentirem necessidade de apoio. Este apoio foi abandonado por ser dispendioso (uma pessoa) ou por deixar de ser necessário (três pessoas). Ainda que não tenham usufruído de alguma resposta social a maioria das pessoas da comunidade consideram que a qualidade das respostas sociais é boa ou muito boa (91%), 8% considera a qualidade razoável e 1% considera a qualidade má (Tabela 10).

A maioria das pessoas idosas já dispõe desse apoio há 3 anos ou mais (54%). Grande parte usufrui a resposta social por um período de 5 ou mais anos (41%). As pessoas idosas utentes de IPSS optam por este apoio por necessidade (78%), por solidão (13%) para desenvolver atividades (6%) e por ocupação (5%).

Em relação à preferência de cuidado em caso de necessidade podemos inferir, das 255, que a maioria afirma preferir ser cuidado pela família (80%). 20% dos inquiridos declara como cuidado preferencial, em caso de necessidade, a resposta social e 10% refere ter vontade de se manter em casa seja com o apoio de resposta sociais ou de familiares. As pessoas que referiram como cuidado preferencial em caso de necessidade a resposta social são já na sua maioria (62%) utentes de uma resposta social (38% utentes

<sup>9</sup> Segundo a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6).

de ERPI, 22% utentes de CD e 2% utentes de SAD). As pessoas que preferem o cuidado pela família provêm na sua maioria da comunidade (53%).

**Tabela 10 - Respostas sociais dos utentes de IPSS e comunidade**

|   | utentes de IPSS |       | Comunidade |       |
|---|-----------------|-------|------------|-------|
|   | n               | %     | n          | %     |
| <b>Motivo de Ingresso na resposta social pelas pessoas idosas da comunidade</b> |                 |       |            |       |
| Necessidade de Apoio  | -               | -     | 4          | 1,6%  |
| <b>Qualidade das respostas sociais pelas pessoas idosas da comunidade</b>       |                 |       |            |       |
| Má  | -               | -     | 2          | 0,8%  |
| Razoável  | -               | -     | 10         | 3,9%  |
| Boa   | -               | -     | 110        | 43,1% |
| Muito boa   | -               | -     | 8          | 3,1%  |
| <b>Motivo de ingresso na resposta social pelas pessoas das IPSS</b>             |                 |       |            |       |
| Necessidade de apoio  | 97              | 38%   | -          | -     |
| Solidão   | 16              | 6,3%  | -          | -     |
| Desenvolvimento de atividades   | 7               | 2,7%  | -          | -     |
| Ocupação  | 6               | 2,4%  | -          | -     |
| <b>Preferência de cuidado em caso de necessidade</b>                            |                 |       |            |       |
| Resposta Social   | 31              | 12,2% | 19         | 7,5%  |
| Família   | 95              | 37,3% | 108        | 42,4% |
| Amigos  | 0               | 0%    | 2          | 0,8%  |
| Casa  | 8               | 3,1%  | 13         | 5,1%  |

## 6.2 Análise de Conteúdo

Da análise qualitativa às questões referentes aos acontecimentos de vida foram definidas categorias e subcategorias tendo em conta o padrão de respostas. Assim, após o tratamento de dados foram definidas as dimensões casamento, família, morte, trabalho, saúde, emigrar, lazer, educação e não específica. A dimensão casamento refere-se a acontecimentos felizes ou tristes relacionados com o parceiro, não inclui morte do cônjuge. A dimensão família envolve acontecimentos relacionados com a relação de cuidado; com o crescimento da família, dos netos, filhos e bisnetos; com o apoio fornecido por esta e com as dificuldades sentidas na relação com a mesma. A dimensão da morte refere-se à morte de familiares. A dimensão trabalho acarreta a perspetiva laboral enquanto construção quer da vida, quer de empresas e dificuldades advindas da atividade laboral e memórias felizes relacionadas com o mesmo. A dimensão de saúde envolve a perspetiva de manter-se/ser saudável ou de doença. A dimensão emigrar refere-se a acontecimentos relacionados com a emigração. A dimensão lazer envolve viagens, brincadeiras, convívio

e festas com amigos. A dimensão educação relaciona-se com o gosto pelo estudo ou o desgosto por não ter estudado e não saber ler e escrever. A dimensão “não específica” envolve por um lado a visão de todos os acontecimentos como importantes ou, por outro lado a visão de que nada foi significativo.

## 6.2 Análise Correlacional

Foi analisada a relação das diferentes variáveis com a opção de cuidado em caso de necessidade, especificamente com a opção de cuidado pela resposta social, família, amigos e em casa. Em seguida, apresentar-se-ão apenas os resultados mais significativos.

As pessoas da comunidade optam preferencialmente pelo cuidado familiar. Verificamos a existência de uma grande quantidade de pessoas (37%) utentes de respostas sociais que em caso de necessidade optariam pelo cuidado familiar enquanto apenas 12% escolheriam algum tipo de resposta social como tipo de apoio preferencial (Tabela 11).

**Tabela 11 - Relação entre a opção pelo cuidado e a frequência de diferentes respostas sociais e comunidade**

| Opção pelo cuidado           |     | Tipologia  |            |           |             |
|------------------------------|-----|------------|------------|-----------|-------------|
|                              |     | SAD        | CD         | ERPI      | Comunidade  |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 1 (0,4%)   | 11 (4,3%)  | 19 (7,5%) | 19 (7,5%)   |
|                              | Não | 42 (16,5%) | 36 (14,1%) | 16 (6,3%) | 111 (43,5%) |
| Família <sup>2</sup>         | Sim | 42 (16,5%) | 37 (14,5%) | 16 (6,3%) | 108 (42,4%) |
|                              | Não | 1 (0,4%)   | 10 (3,9%)  | 19 (7,5%) | 22 (8,6%)   |

<sup>1</sup>Resposta Social:  $\chi^2 (3) = 37,3$   $p=0,000$  (Phi e V de Cramer: 0,38)

<sup>2</sup>Família:  $\chi^2 (3) = 34,34$   $p=0,000$  (Phi e V de Cramer: 0,37)

O estado civil relaciona-se com a opção pelo cuidado em caso de necessidade na medida em que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas optam mais pelo cuidado formal em caso de necessidade (15%) comparativamente com as pessoas idosas casadas (4,7%). Das pessoas que optaram pelo cuidado na resposta social, 54% são viúvas e 76 % são viúvas, solteiras ou divorciadas (Tabela 12).

**Tabela 12 - Relação entre a opção pelo cuidado e o estado civil**

| Opção pelo cuidado           |     | Estado Civil |               |               |            |
|------------------------------|-----|--------------|---------------|---------------|------------|
|                              |     | Solteiro     | Casado        | Viúvo         | Divorciado |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 9<br>(3,5%)  | 12<br>(4,7%)  | 27<br>(10,6%) | 2 (0,8%)   |
|                              | Não | 20<br>(7,8%) | 94<br>(36,9%) | 88<br>(34,5%) | 3 (1,2%)   |

<sup>1</sup>Resposta Social:  $\chi^2 (3) = 9,4$   $p=0,024$  (Phi e V de Cramer: 0,19)

O nível de escolaridade também interfere significativamente na opção pelo cuidado em caso de necessidade na medida em que as pessoas idosas com menos grau de literacia optam mais pelo cuidado prestado pela família (Tabela 13). Das pessoas que optaram pelo cuidado familiar, 97% tem o ensino básico ou escolaridade inferior.

**Tabela 13 - Relação entre a opção pelo cuidado e a escolaridade**

| Opção pelo cuidado   |     | Escolaridade              |                      |                        |                             |  |
|----------------------|-----|---------------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|--|
|                      |     | Não sabe ler nem escrever | Saber ler e escrever | Ensino básico 1º ciclo | Ensino básico 2º e 3º ciclo | Ensino secundário, licenciatura e curso profissional |
| Família <sup>1</sup> | Sim | 50 (19,6%)                | 13 (5,1%)            | 134 (52,5%)            | 2 (0,8%)                    | 4 (1,6%)   |
|                      | Não | 7 (2,7%)                  | 3 (1,2%)             | 35 (13,7%)             | 3 (1,2%)                    | 4 (1,6%)   |

<sup>1</sup>Família:  $\chi^2 (7) = 16,1$   $p=0,024$  (Phi e V de Cramer: 0,25)

A emigração e a migração relacionam-se com a opção do cuidado em caso de necessidade nomeadamente com a preferência pelo cuidado em casa. As pessoas que realizaram mudanças geográficas ao longo da sua vida optam mais vezes pelo cuidado que em sua própria casa (Tabela 14). Das pessoas que optaram pelo cuidado em casa, 43% foram emigrantes e 71% migrantes pelo que inferimos que tendencialmente estas pessoas preferem o cuidado em casa.

**Tabela 14 - Relação da opção pelo cuidado com a emigração e a migração**

| Opção pelo cuidado |     | Não                   | Emigração <sup>1</sup>              |                                     |                                |                                    |
|--------------------|-----|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
|                    |     |                       | Sim, num período inferior a 6 meses | Sim, num período de 6 meses a 1 ano | Sim, num período de 1 a 5 anos | Sim, num período de mais de 5 anos |
| Casa               | Sim | 9 (3,5%)              | 1 (0,4%)                            | 1 (0,4%)                            | 1 (0,4%)                       | 9 (3,5%)                           |
|                    | Não | 163 (63,9%)           | 1 (0,4%)                            | 7 (2,7%)                            | 9 (3,5%)                       | 54 (21,1%)                         |
|                    |     | Migração <sup>2</sup> |                                     |                                     |                                |                                    |
| Casa               | Sim | 15 (5,9%)             | 1 (0,4%)                            | 1 (0,4%)                            | 0 (0%)                         | 4 (1,6%)                           |
|                    | Não | 198 (77,6%)           | 0 (0%)                              | 1 (0,4%)                            | 0 (0%)                         | 35 (13,7%)                         |

<sup>1</sup>Emigração  $\chi^2 (7) = 9,95$   $p=0,041$  (Phi e V de Cramer: 0,20)

<sup>2</sup>Migração:  $\chi^2 (3) = 16,3$   $p=0,001$  (Phi e V de Cramer: 0,25)

A tabela 15 reflete a relação entre preferência pelo cuidado em caso de necessidade e as pessoas que coabitam com as pessoas idosas. Pela observação da mesma podemos inferir que as pessoas que habitam com o cônjuge, filhos ou pais têm menor preferência pelo cuidado formal. As pessoas que moram acompanhadas por algum tipo de familiar vêm o cuidado informal, pela família, como opção preferencial de cuidado

sendo que estes representam 54% das pessoas que optaram pelo cuidado familiar. Desta forma, podemos depreender que a variável com quem vive é fulcral na opção pelo cuidado em caso de necessidade relação tanto mais importante que os acontecimentos de vida familiares ou conjugais significativos já que estas variáveis mostraram não interferir com a opção pelo cuidado em caso de necessidade. Segundo os testes aplicados nada se pode concluir sobre a relação de dependência entre a opção pelo cuidado e acontecimentos de vida. A variável opção pelo cuidado é independente das variáveis acontecimento de vida em todas as suas dimensões, com exceção da dimensão emigrar.

**Tabela 15 - Relação entre a opção pelo cuidado e as pessoas com quem vive**

| Opção pelo cuidado           |     | Com quem vive:<br>Instituição |             |
|------------------------------|-----|-------------------------------|-------------|
|                              |     | Sim                           | Não         |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 19 (7,5%)                     | 31 (12,2%)  |
|                              | Não | 16 (6,3%)                     | 189 (74,1%) |
| Família <sup>2</sup>         | Sim | 16 (6,3%)                     | 187 (73,3%) |
|                              | Não | 19 (7,5%)                     | 33 (12,9%)  |
| <b>Cônjuge</b>               |     |                               |             |
| Resposta Social <sup>3</sup> | Sim | 8 (3,1)                       | 42 (16,5%)  |
|                              | Não | 85 (33,3%)                    | 120 (47,1%) |
| Família <sup>4</sup>         | Sim | 82 (32,2%)                    | 121 (47,5%) |
|                              | Não | 11 (4,3%)                     | 41 (16,1%)  |
| <b>Filhos</b>                |     |                               |             |
| Resposta Social <sup>5</sup> | Sim | 0 (0%)                        | 50 (19,6%)  |
|                              | Não | 26 (10,2%)                    | 179 (70,2%) |
| Família <sup>6</sup>         | Sim | 26 (10,2%)                    | 177 (69,4%) |
|                              | Não | 0 (0%)                        | 52 (20,4%)  |
| <b>Pais</b>                  |     |                               |             |
| Resposta Social <sup>7</sup> | Sim | 1 (0,4%)                      | 49 (19,2%)  |
|                              | Não | 0 (0%)                        | 205 (80,4%) |
| Família <sup>8</sup>         | Sim | 0 (0%)                        | 203 (79,6%) |
|                              | Não | 1 (0,4%)                      | 51 (20%)    |
| Casa <sup>9</sup>            | Sim | 1 (0,4%)                      | 20 (7,8%)   |
|                              | Não | 0 (0%)                        | 234 (91,8%) |

<sup>1</sup>Instituição-Resposta Social:  $\chi^2 (1) = 39,95$   $p=0,000$  (Phi e V de Cramer: 0,35)

<sup>2</sup>Instituição-Família:  $\chi^2 (1) = 28,70$   $p=0,000$  (Phi e V de Cramer: -,34 e ,34 respetivamente)

<sup>3</sup>Cônjuge-Resposta Social:  $\chi^2 (1) = 11,25$   $p=0,01$  (Phi e V de Cramer: -,21 e ,21 respetivamente)

<sup>4</sup>Cônjuge-Família  $\chi^2 (1) = 6,61$   $p=0,01$  (Phi e V de Cramer: 0,16)

<sup>5</sup>Filhos-Resposta Social:  $\chi^2 (1) = 7,06$   $p=0,008$  (Phi e V de Cramer: -,17 e ,17 respetivamente)

<sup>6</sup>Filhos-Família  $\chi^2 (1) = 7,42$   $p=0,006$  (Phi e V de Cramer: 0,17)

<sup>7</sup>Pais-Resposta Social:  $\chi^2 (1) = 4,12$   $p=0,042$  (Phi e V de Cramer: 0,13)

<sup>8</sup>Pais-Família  $\chi^2 (1) = 3,92$   $p=0,048$  (Phi e V de Cramer: -,12 e ,12 respetivamente)

<sup>9</sup>Pais-Casa  $\chi^2 (1) = 11,19$   $p=0,001$  (Phi e V de Cramer: 0,20)

As pessoas que vivenciam a experiência de vida de emigrar tendem a optar por outro tipo de cuidado que não a resposta social. Os dados permitem-nos afirmar também que estas pessoas vêm nos amigos possíveis cuidadores em caso de necessidade (Tabela 16).

**Tabela 16 - Relação entre a opção pelo cuidado e o acontecimento de vida emigrar**

| Opção pelo cuidado           |     | Acontecimento de vida:<br>Emigrar |             |
|------------------------------|-----|-----------------------------------|-------------|
|                              |     | Sim                               | Não         |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 7 (2,7%)                          | 43 (16,9%)  |
|                              | Não | 12 (4,7%)                         | 193 (75,7%) |
| Amigos <sup>2</sup>          | Sim | 1 (0,4%)                          | 1 (0,4%)    |
|                              | Não | 18 (7,1%)                         | 235 (92,2%) |

<sup>1</sup> Resposta Social:  $\chi^2(1) = 3,87$   $p=0,049$  (Phi e V de Cramer: 0,12)

<sup>2</sup> Amigos:  $\chi^2(1) = 5,29$   $p=0,021$  (Phi e V de Cramer: 0,14)

Também as alterações com a reforma, concretamente disponibilidade de tempo, se relacionam com a opção pelo cuidado em caso de necessidade nomeadamente com a opção pelo cuidado em casa. Deste modo, as pessoas idosas que consideram possuir mais tempo livre com a reforma tendencialmente não preferem o cuidado em casa (Tabela 17).

**Tabela 17 - Relação entre a opção pelo cuidado e as alterações com a reforma**

| Opção pelo cuidado |     | Alterações com a reforma:<br>mais tempo livre |             |
|--------------------|-----|---|-------------|
|                    |     | Sim   | Não         |
| Casa <sup>1</sup>  | Sim | 3 (1,2%)                                      | 18 (7,1%)   |
|                    | Não | 6 (2,4%)                                      | 226 (88,6%) |

<sup>1</sup> Casa:  $\chi^2(1) = 7,68$   $p=0,006$  (Phi e V de Cramer: 0,17)

Tal como observamos na tabela 18 as pessoas idosas que modificaram a sua perspetiva de envelhecimento optam pelo cuidado familiar em detrimento da resposta social. Porém, todas as pessoas que optaram pelo cuidado em respostas sociais não alteraram a sua perspetiva de envelhecimento.

**Tabela 18 - Relação entre a opção pelo cuidado e a alteração da perspectiva de envelhecimento**

| Opção pelo cuidado           |     | Alterações da perspectiva de envelhecimento |             |
|------------------------------|-----|---|-------------|
|                              |     | Sim   | Não         |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 0 (0%)                                      | 50 (19,6%)  |
|                              | Não | 16 (6,3%)                                   | 189 (74,1%) |
| Família <sup>2</sup>         | Sim | 16 (6,3%)                                   | 187 (73,3%) |
|                              | Não | 0 (0%)                                      | 52 (20,4%)  |

<sup>1</sup>Resposta Social:  $\chi^2 (1) = 4,16$   $p=0,041$  (Phi e V de Cramer: -,13 e ,13 respetivamente)

<sup>2</sup>Família:  $\chi^2 (1) = 4,37$   $p=0,037$  (Phi e V de Cramer: 0,13)

A perceção dos rendimentos económicos também interfere com a opção pelo cuidado em caso de necessidade. Pela observação da tabela 19 inferimos que as pessoas idosas que consideram ter dinheiro para garantir o futuro optam preferencialmente pela resposta social, correspondendo a 56% das pessoas que escolheram este cuidado. Por sua vez, as pessoas que não sabem ou não têm dinheiro para garantir o futuro optam preferencialmente pelo cuidado informal pela família, perfazendo 55% das pessoas que optaram por este cuidado. As pessoas que consideraram ter ou ter apenas por vezes dinheiro para pequenos extras optam preferencialmente pelo cuidado familiar.

**Tabela 19 - Relação entre a opção pelo cuidado e a perceção dos rendimentos económicos**

| Opção pelo cuidado           |     | Tem dinheiro para garantir o futuro |           |            |
|------------------------------|-----|-------------------------------------|-----------|------------|
|                              |     | Sim                                 | Não       | Não sabe   |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 28 (11%)                            | 9 (3,5%)  | 13 (5,1%)  |
|                              | Não | 92 (36,1%)                          | 17 (6,7%) | 96 (37,6%) |
| Família <sup>2</sup>         | Sim | 92 (36,1%)                          | 17 (6,7%) | 94 (36,9%) |
|                              | Não | 28 (11%)                            | 9 (3,5%)  | 15 (5,9%)  |
|                              |     | Tem dinheiro para pequenos extras   |           |            |
|                              |     | Sim                                 | Não       | Às vezes   |
| Família <sup>3</sup>         | Sim | 97 (38%)                            | 16 (6,3%) | 90 (35,3%) |
|                              | Não | 29 (11,4%)                          | 9 (3,5%)  | 14 (5,5%)  |

<sup>1</sup>Tem dinheiro para o futuro - Resposta Social:  $\chi^2 (2) = 8,85$   $p=0,012$  (Phi e V de Cramer: 0,19)

<sup>2</sup>Tem dinheiro para o futuro - Família:  $\chi^2 (2) = 6,83$   $p=0,033$  (Phi e V de Cramer: 0,16)

<sup>3</sup>Tem dinheiro para pequenos extras - Família:  $\chi^2 (2) = 7,36$   $p=0,025$  (Phi e V de Cramer: 0,17)

A tabela 20 permite-nos analisar a relação entre o nível de independência das AIVD e a opção pelo cuidado em caso de necessidade. Verificamos que quanto mais dependentes se encontram as pessoas idosas ao nível das AIVD mais optam pela resposta

social em caso de necessidade. Por sua vez, quanto mais independentes mais optam pelo cuidado familiar em caso de necessidade.

**Tabela 20 - Relação entre a opção pelo cuidado e as AIVD**

| Opção pelo cuidado           |     | AIVD                   |                          |              |
|------------------------------|-----|------------------------|--------------------------|--------------|
|                              |     | Severamente dependente | Moderadamente dependente | Independente |
| Resposta Social <sup>1</sup> | Sim | 24 (9,4%)              | 8 (3,1%)                 | 18 (7%)      |
|                              | Não | 86 (33,7%)             | 9 (3,5%)                 | 110 (4,3%)   |
| Família <sup>2</sup>         | Sim | 87 (34,1%)             | 9 (3,5%)                 | 107 (42%)    |
|                              | Não | 23 (9%)                | 8 (3,1%)                 | 21 8,2%)     |

<sup>1</sup>Resposta Social:  $\chi^2 (2) = 10,97$   $p=0,004$  (Phi e V de Cramer: 0,20)

<sup>2</sup>Família:  $\chi^2 (2) = 8,72$   $p=0,013$  (Phi e V de Cramer: 0,19)

## 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dado o profundo envelhecimento da população portuguesa, as necessidades crescentes das respostas sociais e o papel que as IPSS têm vindo a desempenhar na sociedade portuguesa considerou-se pertinente investigar a perspetiva das pessoas idosas acerca da opção pelo sistema de suporte. Desta forma, estudo justifica-se pela necessidade de perceber se as trajetórias de vida influenciam a opção do sistema de suporte social.

### 7.1 Eventos marcantes da trajetória de vida das pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte social

Neste estudo destaca-se como principais resultados o fato de todas as pessoas identificarem pelo menos um acontecimento de vida significativo relacionado com a família (morte, casamento e família). No entanto, pela análise estatística correlacional conclui-se que estes acontecimentos de vida são independentes da opção pelo cuidado em caso de necessidade, ao contrário do que era expectável.

Por sua vez, foi possível inferir que as pessoas com quem coabitam as pessoas idosas interferem com a opção pelo cuidado em caso de necessidade. Assim, deduz-se a importância desta variável na opção pelo sistema de suporte.

Neste mesmo sentido também o estado civil se mostrou preponderante na opção pelo sistema de suporte, nomeadamente o fato de as pessoas idosas que são casadas optarem preferencialmente pelo cuidado familiar enquanto as pessoas idosas que são solteiras, divorciadas ou viúvas optarem preferencialmente pelas respostas sociais. Assim,



também a não existência de vínculos sociais (estado civil de solteiro, viúvo ou divorciado) se mostrou preponderante na opção pela resposta social em caso de necessidade.

Ora, estes resultados vão ao encontro da perspectiva de que o cuidado familiar mantém-se enquanto cuidado preferencial tal como é defendido por diversos autores (Alvarenga et al., 2011; Augusto et al., 2005; A. L. Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011; Fernandes, 2001; Paúl, 2005; Sousa et al., 2006). Porém, os resultados desta investigação vão mais longe permitem-nos deduzir que a preferência por este cuidado não advém da existência de acontecimentos de vida significativos que influenciem a opção pelo sistema de suporte.

Assim, será a proximidade, convivência e existência de vínculos os fatores preponderantes que influenciam a opção pelo cuidado em caso de necessidade. O dever do cuidado familiar é sentido pelas pessoas na medida em que estas se encontrem vinculadas aos familiares seja através da coabitação ou existência de outro tipo de vínculos como o casamento, por exemplo. Esta perspectiva é também defendida por Alvarenga et al. (2011) ao afirmar a especial importância da família enquanto contexto social mais próximo das pessoas idosas. Por sua vez, contraria um estudo recente que refere que as pessoas idosas preferem os apoios formais aos apoios informais em caso de necessidade (Gama, 2011).

## **7.2 Condicionantes e condicionadores na opção pelo sistema de suporte social**

Os resultados obtidos permitiram também inferir que a dependência ao nível das AIVD condiciona a opção pelo cuidado pelo sistema de suporte. Assim, concluiu-se que o agravamento da dependência leva à opção pelas respostas sociais. Por sua vez, quanto maior for o nível de independência mais o cuidado familiar é encarado como uma opção. Estes resultados vão ao encontro do que é defendido por Nogueira & Gonçalves (2009) que colocam em causa a solidariedade familiar no cuidado em casos de dependência.

Verificou-se ainda que a perceção dos rendimentos económicos limita significativamente a opção pelo sistema de suporte, condicionando-a. Assim, as pessoas idosas que possuem dinheiro para garantir o futuro optam, preferencialmente pela resposta social. Enquanto as que não sabem se têm ou não têm dinheiro para garantir o futuro optam preferencialmente pelo cuidado familiar. Esta informação vai ao encontro das conclusões do estudo realizado pela Deco Proteste (2013a, 2013b).

Outros resultados importantes do inquérito foram a constatação que as mudanças geográficas interferem com a opção pelo cuidado. Isto depende-se da relação significativa entre as variáveis: migração, emigração e o acontecimento de vida “emigrar” e a opção pelo cuidado em caso de necessidade. Nomeadamente os ex-emigrantes e os ex-migrantes preferem o cuidado em casa e as pessoas que enunciaram a experiência de vida emigrar como importante tendencialmente optam por outro cuidado que não resposta social, corroborando com os resultados acima explanados.

Outro condicionador da opção pelo sistema de suporte foi o nível de escolaridade, na medida em que pessoas idosas com níveis mais baixos de escolaridade optam preferencialmente pelo cuidado prestado por familiares.

### **7.3 Limitações e estudos futuros**

Como limitações ao estudo anteriormente descrito destaca-se o fato de não se ter conseguido obter a amostra de pessoas idosas a que nos propusemos inicialmente. Isto leva a que não seja possível extrapolar os resultados obtidos à população idosa de Mira. Esta amostra reflete, no entanto, a opinião de um conjunto muito expressivo da população idosa mirensa o que é um dos pontos fortes da investigação. Tendo em conta a tipologia de amostragem nem sempre foi possível representar todas as características sociodemográficas de forma a tornar esta amostra representativa em todas essas características nomeadamente, idade, estado civil, sexo e nível de escolaridade.

Relativamente à recolha de dados salienta-se o fato desta ter sido constituída com o apoio das IPSS. Este fato poderá induzir enviesamento de resultados na medida em que se recolheu dados junto das pessoas idosas mais ativas e disponíveis a participar nas diferentes atividades.

Para investigações futuras seria importante alargar a abrangência expressiva desta investigação a pessoas adultas com vista a estabelecer comparações ao nível da opção de cuidado e respetivos condicionantes e condicionadores com a população idosa. Tendo em conta os resultados apresentados acerca da importância das pessoas que coabitam com a população idosa considerar-se-ia relevante o aprofundamento da investigação no sentido de perceber as diferenças entre as pessoas idosas que moram sozinhas e as que moram acompanhadas e a sua perspetiva de cuidado em caso de necessidade.

De salientar que tanto esta investigação como as possíveis investigações futuras produzidas são importantes para o conhecimento da perspetiva de cuidado da pessoa idosa. Este conhecimento induz-nos a ajustar os apoios sociais existentes a esta faixa

população na medida em que se devem desenvolver apoios sociais na comunidade de forma a manter as pessoas idosas no domicílio, de acordo com os resultados.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo pretendeu perceber se as trajetórias de vida influenciam a escolha do sistema de suporte social por parte das pessoas idosas. Mais concretamente procurou-se compreender a opção pelo cuidado em caso de necessidade e a sua relação com os eventos marcantes da sua vida assim como outras características sociodemográficas, de saúde, de ocupação, etc.

Este estudo permitiu inferir que o cuidado familiar é aquele que é encarado como principal opção de cuidado em caso de necessidade, seguido das respostas sociais, cuidado em casa e cuidado por amigos. Pôde-se ainda aferir que grande parte dos acontecimentos de vida das pessoas idosas está relacionada com a família. Sendo que este fato é transversal à opção do cuidado. No entanto, foi possível deduzir que a opção pelo cuidado é condicionada pelas pessoas que coabitam com a pessoa idosa. Desta forma foi possível concluir que as pessoas que moram com a pessoa idosa são mais relevantes para a opção do cuidado que a existência de eventos marcantes relacionados com a família. Estes resultados são um desafio quer para as famílias, quer para a rede de suporte formal. As famílias pela necessidade de se gerirem e adaptarem para que, sempre que possível, realizar-se a vontade da pessoa idosa relativamente à opção de cuidado preferencial. A rede de suporte formal procurando ser opção de cuidado em caso de necessidade destas pessoas procurando não só responder às suas necessidades mas também procurando tornar executáveis as suas preferências. Pretende-se desta forma, que num futuro próximo possamos envelhecer, sempre que possível, segundo as nossas preferências neste caso relativamente à opção de cuidado.

O envelhecimento, enquanto consequência de toda a nossa trajetória de vida, abarca todos os nossos eventos, características e decisões. Neste mesmo sentido, também a opção pelo cuidado em caso de necessidade é consequência de diversos fatores e condicionantes. Além das pessoas que vivem com a pessoa idosa outros fatores foram indicados como importantes e possíveis preditores da opção pelo sistema de suporte como é o caso da frequência de algum tipo de resposta social, estado civil, nível de escolaridade, mudanças geográficas (nomeadamente, emigração e migração), percepção dos rendimentos económicos e alterações com a reforma e envelhecimento.

Por último, será importante mencionar que os resultados preliminares desta investigação foram avaliados e apresentados em formato de póster no “VI Congresso

Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social – UNIFAI 2015” a 8 e 9 de Outubro de 2015 (Apêndice 7) e submetidos para publicação sob a forma de artigo nas Atas de Gerontologia do mesmo congresso. Desta forma, tentou suscitar-se a curiosidade da comunidade académica para um assunto pouco abordado na literatura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Chapitre 2 - Rôle de la santé publique sur la trajectoire de vie. *Rapport Sur L'état de La Santé Publique Au Canada 2009*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/cphorsphc-respcacsp05-fra.php#c2-1>
- Alvarenga, M., Oliveira, M. A., Domingues, M., Amendola, F., & Faccenda, O. (2011). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2603–2611. doi:10.1590/S1413-81232011000500030
- Amen, M. (2004). *A impossibilidade do livre arbítrio*. Porto.
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. Retrieved from [http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05\\_02\\_2007.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf)
- Araújo, F., Ribeiro, J. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas Do 7º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 217–220.
- Arking, R. (1998). *Biology of Aging: Observations and Principles*. Windsor: Sinauer Associates.
- Assembleia da República. (1998). Decreto Lei 67/98 de 26 de Outubro. *Diário Da República - I Série A*, 247, 5536–5546.
- Associação de desenvolvimento local da bairrada e mondego. (2015). GAC Mondego Mar - PROMAR. Retrieved April 27, 2015, from [http://www.adelo.pt/promar/index.php?action=getAll&categoria\\_id=2](http://www.adelo.pt/promar/index.php?action=getAll&categoria_id=2)
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies. *Social Research Update*, 33(1), 1–4.
- Augusto, B., Carvalho, R., Rodrigues, C., Rodrigues, C., Rodrigues, E., Simões, F., ... Gomes, M. Z. (2005). *Cuidados Continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar* (2ª Edição.). Coimbra: Formasau.
- Awotona, A. (2014). *Rebuilding Sustainable Communities after Disasters in China, Japan and Beyond*. New Casle upon Tyne: Cambrige Scholars Publishing.
- Azevedo, N. (2012). Histórias de vida : a técnica do biograma 97 am. In *III Jornadas das Histórias de Vida e da Educação*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Retrieved from [http://www.fpce.up.pt/iiijornadashistoriasvida/pdf/2\\_Historias\\_de\\_vida\\_a\\_tecnica.pdf](http://www.fpce.up.pt/iiijornadashistoriasvida/pdf/2_Historias_de_vida_a_tecnica.pdf)
- Baltar, A., Cerrato, I., Trocóniz, M., & González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid. Retrieved from

<http://docentes.cs.urjc.es/~alosada/estudiomalestarpescuidadores.pdf>

- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 343–358. Retrieved from [https://www.teachlearn.caltech.edu/documents/81-bandura\\_and\\_the\\_self.pdf](https://www.teachlearn.caltech.edu/documents/81-bandura_and_the_self.pdf)
- Bandura, A., Azzi, R., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, 12(1), 119–129.
- Barbosa, F., & Matos, A. (2008). Cuidadores familiares idosos: uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. *Configurações*, 4(2008), 127–139.
- Barthel, D., & Mahoney, F. (1965). Baltimore City Medical Society Functional Evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Baticle, C. (2014). Jeunesse Militante et Trajectoires Sociales de reclassement. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (Vol. 1991, pp. 1–26). Bari: Université de Bari.
- Berre, L. Le. (2014). Trajectoire Familiale des separes en 2001, 2002 et/ou 2003 en Belgique. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (pp. 1–18). Bari: Université de Bari.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141–163.
- Bigossi, F. (2007). Estudo antropológico sobre as trajetórias e projetos de vida de estudantes universitários negros. In *VII Reunião Antropologia Mercosul*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retrieved from [http://www.uff.br/obsjovem/mambo/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=131](http://www.uff.br/obsjovem/mambo/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=131)
- Born, C. (2001a). Gênero, trajetória de vida e bi- ografia: desafios metodológicos e resultados empíricos \*. *Sociologias*, 3(5), 240–265. Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/sociologias/article/viewFile/5736/3326>
- Born, C. (2001b). Gênero, trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. *Sociologias*, 3, 240–265. doi:10.1590/S1517-45222001000100011
- Bourdieu, P. (1998). *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1999). *A miséria do Mundo*. Petrópolis: Petrópolis.
- Brandão, D., Ribeiro, O., & Martin, J. (2012). Políticas dos serviços de descanso ao cuidador. *Argumentum*, 4(1), 107–117. Retrieved from <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/2944/2726>
- Breton, D., Flammant, C., & Tanturri, M. L. (2014). Trajectoires professionnelle et conjugale des personnes sans enfant en France et en Italie. In *XVIII Colloque international de*

/Aidelf. Bari: Università de Bari.

- Bris, H. J.-L. (1994). *Responsabilidade Familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social. Retrieved from <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf>
- Cachadinha, M., Carmo, H., & Ferreira, M. (2012). Envelhecimento, Educação e Autonomia - Investigação sobre um grupo de seniores na área urbana de Viana do Castelo. In *VII Congresso Português de Sociologia* (pp. 1–14). Porto: Universidade do Porto. Retrieved from [http://www.aps.pt/vii\\_congresso/papers/finais/PAP0347\\_ed.pdf](http://www.aps.pt/vii_congresso/papers/finais/PAP0347_ed.pdf)
- Carvalho, I. C. M. (2003). Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*, 9(19), 283–302. doi:10.1590/S0104-71832003000100012
- Carvalho, M. (2005). *Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal*. Lisboa. Retrieved from [http://www.cpihts.com/PDF02/Uma Abordagem do Serviço Social à Políticade Cuidados na Velhice em Portugal Maria Irene Lopes de Carvalho.pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/Uma%20Abordagem%20do%20Serviço%20Social%20à%20Política%20de%20Cuidados%20na%20Velhice%20em%20Portugal%20Maria%20Irene%20Lopes%20de%20Carvalho.pdf)
- Comte-Sponville, A. (2002). *Apresentação da filosofia*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade. (2013). Inquérito da DECO. *Solidariedade: Jornal Da Confederação Nacional Das Instituições de Solidariedade*. Retrieved from <http://www.solidariedade.pt/site/detalhe/5204>
- Correia, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*. Faro. Retrieved from <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/564>
- Cruz, A. (2009). Liberdade e determinação: confronto entre as posturas compatibilistas e incompatibilistas. *Polymatheia - Revista de Filosofia*, V(7), 5–24. Retrieved from [http://www.uece.br/polymatheia/dmdocuments/polymatheia\\_v5n7\\_liberdade\\_determinacao\\_posturas\\_compatibilistas\\_incompatibilistas.pdf](http://www.uece.br/polymatheia/dmdocuments/polymatheia_v5n7_liberdade_determinacao_posturas_compatibilistas_incompatibilistas.pdf)
- Deco Proteste. (2013a). Esperar e desesperar por vaga. *Teste Saúde*, 102, 10–14.
- Deco Proteste. (2013b). Lar, caro lar. *Dinheiro & Direitos*, 116, 35–37.
- Dietrich, C. (2010). Online Social Support: An Effective Means of Mediating Stress. *Student Pulse*, 2(2), 1–5. Retrieved from [http://www.studentpulse.com/articles/173/online-social-support-an-effective-means-of-mediating-stress?utm\\_expid=22625156-1.JXOwidWBT9qABlv2oA58RQ.0&utm\\_referrer=https://www.google.pt/](http://www.studentpulse.com/articles/173/online-social-support-an-effective-means-of-mediating-stress?utm_expid=22625156-1.JXOwidWBT9qABlv2oA58RQ.0&utm_referrer=https://www.google.pt/)
- Direção de Serviços de Estudos Planeamento e Apoio às Organizações. (2014). *Respostas Sociais: Conceitos e Nomenclaturas*. Angra do Heroísmo. Retrieved from <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/56CC476A-CB14-4957-8AA1-2965600D64DA/806241/PublicacaoRespostasSociaisNomenclaturasConceitos2017.pdf>
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74->

- Direcção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Lisboa. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Duarte, L. (1999). Idade Cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 2, 35–47. Retrieved from <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/5473/3109..>
- Duvoisin, A. (2014). Trajectoires familiales et professionnelles durant le baby-boom en Suisse: continuités et ruptures parmi les générations féminines. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (pp. 1–18). Bari: Université de Bari.
- European Commission. (2014a). Population age structure by major age groups 2002 and 2012. *Eurostat*. Retrieved January 20, 2015, from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population\\_age\\_structure\\_by\\_major\\_age\\_groups,\\_2002\\_and\\_2012\\_\(%\\_of\\_the\\_total\\_population\)\\_YB14.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2002_and_2012_(%_of_the_total_population)_YB14.png)
- European Commission. (2014b). Population pyramids EU-28 2013 and 2080. *Eurostat*. Retrieved January 20, 2015, from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population\\_pyramids,\\_EU-28,\\_2013\\_and\\_2080\\_\(1\)\\_\(%\\_of\\_the\\_total\\_population\)\\_YB14.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_pyramids,_EU-28,_2013_and_2080_(1)_(%_of_the_total_population)_YB14.png)
- European Commission. (2015a). Fertility statistics. *Eurostat*, 1–5. Retrieved from [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Fertility\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Fertility_statistics)
- European Commission. (2015b). Mortality and life expectancy statistics. *Eurostat*, 1–7. Retrieved from [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics)
- European Commission. (2015c). Population and population change statistics. *Eurostat*, 1–6. Retrieved from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_and\\_population\\_change\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_population_change_statistics)
- European Commission. (2015d). Population structure and ageing. *Eurostat*, 1–10. Retrieved from [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)
- Fangueiro, C. (2008). Respostas Sociais para as pessoas idosas a intervenção do estado. *Rediteia*, 41, 47–48.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas E Praticas*, 36, 1–14. doi:ISSN 0873-6529
- Ferreira, O., Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W., & Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 44(4), 1065–1069.



- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1ª Edição.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Filho, M., & Ramos, G. N. S. (2010). Trajetória de vida e construção dos saberes de professoras de educação física. *Revista Brasileira de Educação Física E Esporte de São Paulo*, 24(2), 223–238.
- Fontaine, P. (2014). *A Europa em 12 lições*. Bruxelas. Retrieved from <http://dupond.ci.uc.pt/CDEUC/Arquivo/01/647-07.pdf>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização* (1ª Edição.). Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª Edição ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Friedman, M., & Friedman, R. (2012). *Liberdade para Escolher* (1ª Edição ed.). Alfragide: Lua de Papel.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2015a). Resposta Social: Centro de Dia - Equipamentos existentes no Distrito de Coimbra, Concelho de Mira. *Carta Social*. Retrieved April 5, 2015, from [http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=06&cod\\_concelho=08&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2103&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=06&cod_concelho=08&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2103&nome=&localpostal=&temCert=false)
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2015b). Resposta Social: Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) - Equipamentos existentes no Distrito de Coimbra, Concelho de Mira. *Carta Social*. Retrieved April 5, 2015, from [http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=06&cod\\_concelho=08&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=06&cod_concelho=08&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false)
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2015c). Resposta Social: Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos) - Equipamentos existentes no Distrito de Coimbra, Concelho de Mira. *Carta Social*. Retrieved April 5, 2015, from [http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=06&cod\\_concelho=08&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=06&cod_concelho=08&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&nome=&localpostal=&temCert=false)
- Gama, M. (2011). *Expectativas de responsabilidade filial e orientação da responsabilidade no cuidado aos idosos*. Lisboa. Retrieved from [http://run.unl.pt/bitstream/10362/5893/1/Gama Marta TM 2011.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/5893/1/Gama%20Marta%20TM%202011.pdf)
- George, L., & Fillenbaum, G. (1985). OARS Methodology: a decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(9), 607–615.
- Giesinger, J. M., Wintner, L. M., Oberguggenberger, A. S., Gamper, E. M., Fiegl, M., Denz, H., ... Holzner, B. (2011). Quality of life trajectory in patients with advanced cancer during the last year of life. *Journal of Palliative Medicine*, 14(8), 904–912.

doi:10.1089/jpm.2011.0086

- Gomes, C. T. (2014). A temática do envelhecimento na investigação sociológica em Portugal: que produção? *Centro de Investigação E Estudos de Sociologia E-Working Paper*, 189/2014(1).
- Gonçalves, J. (2013). *Carta Social: Relatório 2013*. Lisboa. Retrieved from <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2013.pdf>
- Gonçalves, R. D. C., & Lisboa, T. K. (2007). Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. *Revista Katálisis de Florianópolis*, 10, 83–92. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0910spe.pdf>
- Goodman, L. (1961). Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170.
- Hook, M., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment tools for general health care settings: PRIME-MD, OARS, and SF-36. *Health & Social Work*, 21(3), 230–234.
- Instituto da Segurança Social. (2015). *Guia prático Apoios Sociais - pessoas idosas*. Lisboa. Retrieved from [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios\\_sociais\\_idosos](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos)
- Instituto Nacional de Estatística. (2011a). *Censos 2011: resultados definitivos - Portugal*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011b). *Resultados Provisório do Censos 2011*. Lisboa.
- Kauark, F. da S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da Pesquisa: Um guia prático* (1ª Edição ed.). Bahia: Via Litterarum.
- Lawton, M., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. doi:10.1093/geront/9.3\_Part\_1.179
- Letra, M., & Martin, J. (2010). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal*. Porto. Retrieved from [http://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Estatisticas\\_Equipamentos\\_Sociais\\_Apoio\\_Terceiridade\\_Portugal\\_-2010\\_Ebook\\_Final-2.pdf](http://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Estatisticas_Equipamentos_Sociais_Apoio_Terceiridade_Portugal_-2010_Ebook_Final-2.pdf)
- Lima, Â., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde E Educação*, 12(27), 795–807. Retrieved from [http://www.scielo.org/pdf/icse/v12n27/en\\_a10v1227.pdf](http://www.scielo.org/pdf/icse/v12n27/en_a10v1227.pdf)
- Lima, D. (2012). *O livre-arbítrio*. Retrieved from [http://geak.com.br/site/upload/midia/pdf/o\\_livre-arbitrio.pdf](http://geak.com.br/site/upload/midia/pdf/o_livre-arbitrio.pdf)
- Lopes, A., & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico : percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 13–31.

- Lopes, P., Nogueira, D., & Rodrigues, R. (2006). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Porto: Mar da Palavra.
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health*, 11, 42–52.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. doi:10.1093/geront/46.4.503
- Martin, J., Duarte, V., Póvoa, V., & Duarte, N. (2009). *Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento no concelho de Guimarães*. Guimarães. Retrieved from [http://www.cm-guimaraes.pt/uploads/writer\\_file/document/675/20111024152352296363.pdf](http://www.cm-guimaraes.pt/uploads/writer_file/document/675/20111024152352296363.pdf)
- Martin, J., & Lopes, E. (2008). Políticas Sociais Gerontológicas. *Rediteia*, 41, 44–46.
- Martin, J., Neves, R. B., Pires, C. D. L., & Portugal, J. C. (2006). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal*. Porto. Retrieved from [http://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Estatísticas-de-Equipamentos-Sociais-de-Apoio-à-Terceira-Idade-em-Portugal-\\_2006.pdf](http://www.ideg.pt/wp-content/uploads/Estatísticas-de-Equipamentos-Sociais-de-Apoio-à-Terceira-Idade-em-Portugal-_2006.pdf)
- Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência E Tecnologia*, (1999), 128–134. Retrieved from <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/9.pdf>
- Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social. (2013). *Carta Social Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2013*. Lisboa. Retrieved from <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2013.pdf>
- Moguérrou, L., & Primon, J.-L. (2014). Migrer dans l'enfance ou l'adolescence: quelles conséquences sur les trajectoires scolaires. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (pp. 1–7). Bari: Université de Bari.
- Munene, G., Francis, W., Garland, S. N., Pelletier, G., Mack, L. a, & Bathe, O. F. (2012). The quality of life trajectory of resected gastric cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 105(4), 337–341. doi:10.1002/jso.22139
- Nogueira, J. M., & Gonçalves, J. (2009). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa. Retrieved from [http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo\\_dependencia.pdf](http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf)
- Ntouda, J., & Nouétagnie, S. (2014). Trajectoires scolaires et situation d'activité des jeunes à l'âge adulte au Cameroun. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (pp. 1–11). Bari: Université de Bari.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2005). Ensuring quality long-term care for older people. *Policy Brief*, 48(1), 1–8. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Ensuring-quality-long-term-care-for-older->

people.pdf

- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 15(1), 275–287. Retrieved from <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
- Paula, A., & João, A. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação : um estudo qualitativo, 151–175.
- Pereira, A. (2013). Life-trajectory and identity in the cases of Helena Almeida and Jorge Molder. *Análise Social*, 207(XLVIII), 396–421. Retrieved from [http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS\\_207\\_d06.pdf](http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/AS_207_d06.pdf)
- PORDATA. (2013a). Base de Dados dos Municípios. Retrieved January 21, 2015, from <http://www.pordata.pt/Municipios>
- PORDATA. (2013b). BI de Portugal. Retrieved January 20, 2015, from <http://www.pordata.pt/Portugal>
- PORDATA. (2013c). Densidade populacional nos Municípios. Retrieved January 20, 2015, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>
- PORDATA. (2013d). Índice sintético de fecundidade nos Municípios. Retrieved January 21, 2015, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Indice+sintetico+de+fecundidade-739>
- PORDATA. (2013e). Números dos municípios e regiões de Portugal. Retrieved January 21, 2015, from [http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Mira+\(Municipio\)-5638](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Mira+(Municipio)-5638)
- PORDATA. (2013f). Pensionistas de invalidez e velhice do regime geral da Segurança Social com pensões inferiores ao salário mínimo nacional (%) em Portugal. Retrieved April 10, 2015, from [http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Segurança+Social+com+pensões+inferiores+ao+salário+mínimo+nacional+\(percentagem\)-2007](http://www.pordata.pt/Portugal/Pensionistas+de+invalidez+e+velhice+do+regime+geral+da+Segurança+Social+com+pensões+inferiores+ao+salário+mínimo+nacional+(percentagem)-2007)
- PORDATA. (2013g). População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários. Retrieved January 21, 2015, from <http://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etários-512>
- PORDATA. (2013h). População residente: total e por grandes grupos etários - Municípios. Retrieved January 21, 2015, from <http://www.pordata.pt/Municipios/Populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>
- PORDATA. (2014). *Retrato de portugal na europa*. Lisboa. Retrieved from <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2014v201405161300/index.html>
- PORDATA. (2015). Salário Mínimo Nacional. Retrieved April 21, 2014, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Salário+mínimo+nacional-74>

- Quentin, S. (2014). L'impact de l'origine nationale sur les trajectoires familiales des descendants d'immigrés Marocains et Turcs résidant en Belgique, comparaison avec les trajectoires familiales de la population d'origine belge. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf*. Louvain: Université Catholique de Louvain.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793–797. doi:10.1590/S0102-311X2003000300011
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 33–52.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Gerontologia* (1ª Edição.). Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217–234. Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787>
- Richardson, R., Peres, J., Wanderley, J., Correia, L., & Peres, M. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ª Edição ed.). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Porto. Retrieved from [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/2/Avaliao comunit Idosos.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/2/Avaliao%20comunit%20Idosos.pdf)
- Rodrigues, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109–115. doi:10.1590/S1020-49892008000200006
- Santos, A. (2005). Fontes orais: testemunhos, trajetórias de vida e história. In *Evento comemorativo do sesquicentenário do arquivo Público do Paraná* (pp. 1–11). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Retrieved from <http://www.uel.br/cch/cdph/arqtxt/Testemuhostrajetoriasdevidaehistoria.pdf>
- Sapin, M., Sapini, D., & Widmer, E. (2007). *Les Parcours de Vie: de l'adolescence au grand âge*. Lausanne: Presses Polytechniques et universitaires romandes.
- Séné, A., & Cordazzo, P. (2014). Trajectoires professionnelles et décohabitation des jeunes à la sortie de l'enseignement supérieur. In *XVIII Colloque international de l'Aidelf* (pp. 1–14). Bari: Université de Bari.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental* (1ª Edição.). Lisboa: Lidel.
- Sousa, L., Cerqueira, M., & Figueiredo, D. (2006). *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice* (1ª Edição ed.). Lisboa: Ambar.
- Strapasson, B., & Dittrich, A. (2011). Notas sobre o determinismo: implicações para a psicologia como ciência e profissão. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 29(2), 295–301.

- União Europeia. (2015). Informações de base sobre a União Europeia. Retrieved January 20, 2015, from [http://europa.eu/about-eu/index\\_pt.htm](http://europa.eu/about-eu/index_pt.htm)
- United Nations. (2007). *World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World*. New York. Retrieved from <http://www.cro3.org/cgi/doi/10.5860/CHOICE.45-2157>
- United Nations. (2013). Economic and Social Council. In *Conference of European Statisticians* (pp. 1–15). Geneva. Retrieved from [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/2014/15Add.2-High-level\\_seminar\\_on\\_census\\_and\\_migration\\_ENG.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/2014/15Add.2-High-level_seminar_on_census_and_migration_ENG.pdf)
- United Nations Economic Commission for Europe. (2012). Active Aging. *Policy Brief*, 13(1), 1–16. Retrieved from [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG.1.17.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1.17.pdf)
- World Health Organization. (2000a). *Social Development and Ageing Crisis or Opportunity?* Geneva. Retrieved from [http://www.who.int/ageing/publications/development/alc\\_social\\_development.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/development/alc_social_development.pdf)
- World Health Organization. (2000b). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital*. Geneva. Retrieved from [http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf)
- World Health Organization. (2001). *Men Ageing And Health*. Geneva. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_nmh\\_nph\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nmh_nph_01.2.pdf)
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Geneva. Retrieved from [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf)
- World Health Organization. (2003). *Key Policy Issues in Long-Term Care*. Geneva. Retrieved from [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy\\_issues\\_ltc.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf)
- World Health Organization. (2008). *Healthy ageing profiles: guidance for producing local health profiles of older people*. Copenhagen. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/98399/E91887.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98399/E91887.pdf)
- World Health Organization. (2011a). *Global Health and Aging*. Geneva. Retrieved from [http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global\\_health\\_and\\_aging.pdf](http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf)
- World Health Organization. (2011b). *Women , Ageing and Health : A Framework for Action*. Geneva. Retrieved from <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>
- World Medical Association. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a pesquisa média envolvendo seres humanos. Fortaleza. Retrieved from <http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/DeclaraçãodeHelsínquiadaAssociaçãoMédicaMundial.pdf>

## **APÊNDICES**

## Apêndice 1 – Inquérito a pessoas idosas da comunidade

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Local: Mira ☐

Seixo ☐

Carapelhos ☐

Praia de Mira ☐

### INQUÉRITO

PESSOAS IDOSAS DA COMUNIDADE

1. Idade: \_\_anos

2. Sexo: M ☐ F ☐

3. Estado Civil: Solteiro ☐  
Casado ☐  
Viúvo ☐  
União de fato ☐  
Divorciado ☐

4. Situação Profissional: Reformado por idade ☐  
Reformado por invalidez ☐  
Não Reformado ☐

5. Nacionalidade \_\_\_\_\_ 6. Naturalidade \_\_\_\_\_

7. Profissão Atual: \_\_\_\_\_ 8. Ocupação atual: \_\_\_\_\_

9. Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

10. Local de Residência: \_\_\_\_\_

11a. Já alguma vez emigrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

11b. Já alguma vez imigrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

11c. Já alguma vez migrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

11.1a Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

11.1b Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

11.1c Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

11.2 Se não for natural de Mira, pensa voltar para o concelho de onde é natural?

Sim ☐ Não ☐

11.2.1 Porque motivo?

Manter-se perto da família ☐  
Condições de vida e saúde ☐  
Gostar de lá viver ☐  
Não reconhecer em Mira as condições de vida necessárias ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

12. Com quem vive?

Vive sozinho ☐ Pais ☐  
Cônjuge ☐ Tios ☐  
Filhos ☐ Sobrinhos ☐  
Irmãos ☐ Instituição ☐  
Amigos ☐ Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

13. Refira os acontecimentos e eventos mais marcantes na sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

**13.1** Porque acha que são os mais relevantes? Porquê referiu esses e não outros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. O que se alterou na sua vida ao entrar na reforma?** (preencher uma ou mais opções)

Deixei o trabalho ☐ Falta de ocupação ☐  
Mantive o meu trabalho ☐ Tempo para outras ocupações/atividades ☐  
Mais tempo livre ☐ Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

**15. Numa escala de 1 a 5 como classifica a sua preocupação com o envelhecimento ao longo da vida?**



**16. Ao longo da sua vida alterou a sua perspetiva acerca do envelhecimento?** Sim ☐ Não ☐

**16.1** Se sim, o que se alterou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. Numa escala de 1 a 5 como classifica, atualmente, qual o seu bem-estar?**



**18. Numa escala de 1 a 5 em que medida está satisfeito com a sua vida?**



**19. Qual a sua atividade atual?**<sup>1</sup>

|                           |                          |  |                          |
|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Trabalho a tempo completo | <input type="checkbox"/> | Desempregado à procura de trabalho           | <input type="checkbox"/> |
| Trabalho a tempo parcial  | <input type="checkbox"/> | Desempregado sem estar à procura de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| Reformado por idade       | <input type="checkbox"/> | Outro: qual? _____                           | <input type="checkbox"/> |
| Reformado por invalidez   | <input type="checkbox"/> |  |                          |

20. Durante a sua vida, que tipo de trabalho desempenhou?

- Nunca esteve empregado(a) ☐ Trabalhou por conta própria ☐  
Nunca descontou ☐ Trabalhou por conta de outrem ☐  
Doméstico (a) ☐ Outro: qual? ☐

21. Qual foi a sua última ocupação profissional antes da reforma? \_\_\_\_\_

22. A sua ocupação profissional ao longo da vida alterou-se? Sim ☐ Não ☐

22.1 Se sim, que outras ocupações profissionais exerceu? \_\_\_\_\_

23. Como ocupa o seu tempo?

| Atividade                                  | Todos os dias | Semanalmente | Mensalmente | Nunca |
|--|---------------|--------------|-------------|-------|
| Cuidar da casa                             |               |              |             |       |
| Cuidar da horta                            |               |              |             |       |
| Cuidar dos animais                         |               |              |             |       |
| Cuidar dos irmãos                          |               |              |             |       |
| Cuidar dos netos                           |               |              |             |       |
| Cuidar dos pais                            |               |              |             |       |
| Cuidar dos tios                            |               |              |             |       |
| Cuidar do cônjuge                          |               |              |             |       |
| Falar com os familiares no skype           |               |              |             |       |
| Fazer caminhadas                           |               |              |             |       |
| Ir à igreja                                |               |              |             |       |
| Ir à Junta de Freguesia                    |               |              |             |       |
| Ir ao banco                                |               |              |             |       |
| Ir ao café                                 |               |              |             |       |
| Ir ao cinema                               |               |              |             |       |
| Ir às compras                              |               |              |             |       |
| Ir ao correio                              |               |              |             |       |
| Ir ao restaurante                          |               |              |             |       |
| Ir ao teatro                               |               |              |             |       |
| Ir às finanças                             |               |              |             |       |
| Ver televisão                              |               |              |             |       |
| Ler (jornais/livros)                       |               |              |             |       |
| Navegar na internet                        |               |              |             |       |
| Participar como político                   |               |              |             |       |
| Participar em atividades culturais/sociais |               |              |             |       |
| Praticar exercício físico                  |               |              |             |       |
| Sair com os amigos(as)                     |               |              |             |       |
| Voluntariado                               |               |              |             |       |
| Outros: quais? _____                       |               |              |             |       |

as perguntas: 19, 20 e da 24 à 29 são adaptadas de Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)

23.1 Além do trabalho, que atividades foi mantendo ao longo da sua vida? Sim ☐ Não ☐

23.1.2 Continua a praticá-las? Todos os dias ☐ Semanalmente ☐  
Mensalmente ☐ Nunca ☐

23.1.3 Se não, qual o motivo? \_\_\_\_\_

**24. De onde provêm os rendimentos do agregado?** (preencher uma ou mais opções)

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| Emprego ou negócio                        | <input type="checkbox"/> |  |
| Rendimentos de capital                    | <input type="checkbox"/> | Pensão social <input type="checkbox"/>                                       |
| Rendas de património                      | <input type="checkbox"/> | Pensão de viuvez <input type="checkbox"/>                                    |
| Pensão de invalidez                       | <input type="checkbox"/> | Complemento social <input type="checkbox"/>                                  |
| Pensão de sobrevivência                   | <input type="checkbox"/> | Pensão de reforma social <input type="checkbox"/>                            |
| Pensão de velhice                         | <input type="checkbox"/> | Outras pensões provenientes de fundos profissionais <input type="checkbox"/> |
| Complemento de pensão por cônjuge a cargo | <input type="checkbox"/> | Pensão de alimentos <input type="checkbox"/>                                 |
| Subsídio de acompanhante                  | <input type="checkbox"/> | Pensão por filhos deficientes <input type="checkbox"/>                       |
| Subsídio de assistência a terceira pessoa | <input type="checkbox"/> | Ajuda financeira regular por parte da família <input type="checkbox"/>       |
| Suplemento de pensão a grandes inválidos  | <input type="checkbox"/> | Outro: qual? _____ <input type="checkbox"/>                                  |

**25. Quantas pessoas vivem desses rendimentos?** \_\_\_\_\_ Pessoas

**26. Numa escala de 1 a 5, como avalia o local onde vive?**

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |
| <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>   |
| Muito Mau   | Mau   | Razoável  | Bom   | Muito Bom  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

**27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?**

Melhor ☐ Igual ☐ Pior ☐

**28. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras?**

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

**29. Neste momento, acha que terá dinheiro suficiente para garantir o seu futuro?**

Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐

**30. Tem algum problema de saúde neste momento?**

Sim ☐ Não ☐

**30.1** Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**30.2** Essa doença interfere no seu dia-a-dia?

Muito ☐ Pouco ☐ Nada ☐

**30.2.1** Se sim, como? \_\_\_\_\_

**31. Que problemas de saúde teve ao longo da sua vida?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31.1** Essas doenças afetaram a sua vida? Sim ☐ Não ☐

**31.2** Ficou com limitações físicas e/ou psicológicas dessas doenças?

Sim ☐ Não ☐

**32. Vai ao médico?** Sim ☐ Não ☐

**32.1** Quantas vezes? Todos os dias ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente ☐ Semestralmente ☐  
Nunca ☐

**33. Autonomia** (assinale com uma cruz o seu nível de autonomia em cada tarefa)

|                                 |                 |  |  |   |   |
|---------------------------------|-----------------|--|--|---|---|
| Higiene corporal                |                 |  | Dependente   | Dependente  | Independente  |
| Banho                           |                 |  | Dependente   | Dependente  | Independente  |
| Alimentação                     |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  | Independente  |
| Uso da casa de banho            |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  | Independente  |
| Subir escadas                   |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  | Independente  |
| Vestuário                       |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  | Independente  |
| Controle Bexiga                 |                 |  | Incontinente ou algaliado                            | Incontinente ocasional  | Independente  |
| Controle intestino              |                 |  | Incontinente fecal                                   | Incontinente ocasional  | Independente  |
| Deambulação                     |                 | Dependente                                 | Independente com cadeira de rodas                    | Necessita de ajuda  | Independente  |
| Transferência cadeira/cama      |                 | Dependente                                 | Necessita de ajuda mínima                            | Necessita de grande ajuda   | Independente  |
| Uso do telefone                 |                 | Não utiliza                                | Só atende  | Telefona só a algumas pessoas   | Totalmente independente                               |
| Fazer compras                   |                 | Não faz                                    | Precisa de ser acompanhada                           | Pequenas compras  | Totalmente independente                               |
| Cozinhar                        |                 | Não cozinha                                | Não tem uma dieta adequada                           | Aquece refeições e prepara se lhe derem os ingredientes                           | Totalmente independente                               |
| Limpar a casa                   | Não faz limpeza | Precisa de muita ajuda em todas as tarefas | Limpa diariamente mas não o aceitável para viver     | Limpa diariamente, faz a cama e lava a loiça                                      | Sozinho ou com ajuda ocasional                        |
| Lavar a roupa                   |                 |  | Não lava a sua roupa                                 | Só lava as peças mais pequenas  | Lava a roupa sozinho                                  |
| Viajar                          |                 | Incapaz de usar transportes                | Só anda de táxi                                      | Necessita de acompanhamento   | Viaja sozinho no seu carro ou transportes públicos    |
| Responsável pela sua medicação  |                 |  | Não é capaz de se responsabilizar pela sua medicação | Toma medicação se anteriormente preparada por outra pessoa                        | Responsável pela sua medicação na dose e tempo certos |
| Responsável pelas suas finanças |                 |  | Incapaz de tomar decisões e gerir o seu dinheiro     | Gere as suas finanças para as compras diárias mas necessita de ajuda para o resto | Gere as suas finanças sozinho                         |

(F. Araújo et al. 2008; Fátima Araújo et al. 2007; Sequeira 2010)

**34. Numa escala de 1 a 5, como classifica a sua saúde?**



**1**  
Muito Má  
☐



**2**  
Má  
☐



**3**  
Razoável  
☐



**4**  
Boa  
☐



**5**  
Muito Boa  
☐

35. No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação

|   |   |   |        |       |          |
|---|---|---|--------|-------|----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 ou 4 | 5 a 8 | 9 e mais |
|---|---|---|--------|-------|----------|

**Família:** considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento ou adoção, etc.

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Amigos:** considerando todos os seus amigos incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

(Ribeiro et al. 2012)

Score Total:

36. Já utilizou alguma vez uma resposta social? Sim ☐ Não ☐

36.1 Se sim, porque motivo? (preencher uma ou mais opções)

- Necessidade de apoio ☐  
Solidão ☐  
Desenvolver atividades ☐  
Ocupação ☐  
Outro: qual? ☐

36.2 Porque deixou de frequentar essa resposta social? (preencher uma ou mais opções)

- Dispendioso ☐  
Não satisfaz as minhas necessidades ☐  
Não gostei do ambiente ☐  
Problemas com colegas ☐  
Descontentamento com o serviço prestado ☐  
Outro: qual? ☐

37. Em caso de necessidade prefere ser apoiada por uma resposta social ou pela sua família/amigos? (preencher uma ou mais opções)

Resposta social ☐ Família ☐ Amigos ☐ Outro: qual? ☐

38. Numa escala de 1 a 5, como classifica o nível da qualidade das respostas sociais da sua zona?



1

Muito Mau

☐


2

Mau

☐


3

Razoável

☐


4

Bom

☐


5

Muito Bom

☐

39. Acha que as respostas sociais existentes são suficientes para responder às necessidades das pessoas idosas desta freguesia? Sim ☐ Não ☐

## Apêndice 2 – Inquérito aos utentes de IPSS

Data: \_\_/\_\_/\_\_  
\_\_\_\_\_

Local: Mira ☐  
SAD ☐

Sexo ☐  
CD ☐

Carapelhos ☐  
ERPI ☐

Praia de Mira ☐

### INQUÉRITO

UTENTES DE IPSS

1. Idade: \_\_anos

2. Sexo: M ☐ F ☐

3. Estado Civil: Solteiro ☐  
Casado ☐  
Viúvo ☐  
União de fato ☐  
Divorciado ☐

4. Situação Profissional: Reformado por idade ☐  
Reformado por invalidez ☐  
Não Reformado ☐

5. Nacionalidade \_\_\_\_\_ 6. Naturalidade \_\_\_\_\_

7. Profissão Atual: \_\_\_\_\_ 8. Ocupação atual: \_\_\_\_\_

9. Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

10. Local de Residência: \_\_\_\_\_

#### 11a. Já alguma vez emigrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

##### 11.1a Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

#### 11b. Já alguma vez imigrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

##### 11.1b Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

#### 11c. Já alguma vez migrou?

Não ☐  
Sim, num período inferior a 6 meses ☐  
Sim, num período de 6 meses a 1 ano ☐  
Sim, num período de 1 a 5 anos ☐  
Sim, num período de mais de 5 anos ☐

##### 11.1c Se sim, porque motivo?

Família ☐  
Trabalho ☐  
Queria mudar de zona ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

#### 11.2 Se não for natural de Mira, pensa voltar para o concelho de onde é natural?

Sim ☐ Não ☐

##### 11.2.1 Porque motivo?

Manter-se perto da família ☐  
Condições de vida e saúde ☐  
Gostar de lá viver ☐  
Não reconhecer em Mira as condições de vida necessárias ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

#### 12. Com quem vive?

Vive sozinho ☐  
Cônjuge ☐  
Filhos ☐  
Irmãos ☐  
Amigos ☐

Pais ☐  
Tios ☐  
Sobrinhos ☐  
Instituição ☐  
Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

#### 13. Refira os acontecimentos e eventos mais marcantes na sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13.1** Porque acha que são os mais relevantes? Porquê referiu esses e não outros?

---

---

---

---

---

---

---

**14. O que se alterou na sua vida ao entrar na reforma?** (preencher uma ou mais opções)

- |                        |                          |  |                          |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Deixei o trabalho      | <input type="checkbox"/> | Falta de ocupação                      | <input type="checkbox"/> |
| Mantive o meu trabalho | <input type="checkbox"/> | Tempo para outras ocupações/atividades | <input type="checkbox"/> |
| Mais tempo livre       | <input type="checkbox"/> | Outro: qual? _____                     | <input type="checkbox"/> |

**15. Numa escala de 1 a 5 como classifica a sua preocupação com o envelhecimento ao longo da vida?**

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
|  |  |  |  |  |
| <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>   | <b>5</b>  |
| Muito Má  | Má  | Razoável  | Boa  | Muito Boa   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |

**16. Ao longo da sua vida alterou a sua perspetiva acerca do envelhecimento?** Sim ☐ Não ☐

**16.1** Se sim, o que se alterou? \_\_\_\_\_

---






---

---

**17. Numa escala de 1 a 5 como classifica, atualmente, qual o seu bem-estar?**

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |
| <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>   |
| Muito Má  | Má  | Razoável  | Boa   | Muito Boa  |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

**18. Numa escala de 1 a 5 em que medida está satisfeito com a sua vida?**

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |
| <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>   |
| Muito Insatisfeito  | Insatisfeito  | Satisfeito  | Bastante Satisfeito   | Muito Bem Satisfeito   |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |

19. Qual a sua atividade atual? <sup>1</sup>

Trabalho a tempo completo

Trabalho a tempo parcial

Reformado por idade

Reformado por invalidez

- ☐ Desempregado à procura de trabalho ☐  
☐ Desempregado sem estar à procura de trabalho ☐  
☐ Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

20. Durante a sua vida, que tipo de trabalho desempenhou?

Nunca esteve empregado(a)

Nunca descontou

Doméstico (a)

- ☐ Trabalhou por conta própria ☐  
☐ Trabalhou por conta de outrem ☐  
☐ Outro: qual? \_\_\_\_\_ ☐

21. Qual foi a sua última ocupação profissional antes da reforma? \_\_\_\_\_

22. A sua ocupação profissional ao longo da vida alterou-se? Sim ☐ Não ☐

22.1 Se sim, que outras ocupações profissionais exerceu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Como ocupa o seu tempo?

| Atividade                                  | Todos os dias | Semanalmente | Mensalmente | Nunca |
|--|---------------|--------------|-------------|-------|
| Cuidar da casa                             |               |              |             |       |
| Cuidar da horta                            |               |              |             |       |
| Cuidar dos animais                         |               |              |             |       |
| Cuidar dos irmãos                          |               |              |             |       |
| Cuidar dos netos                           |               |              |             |       |
| Cuidar dos pais                            |               |              |             |       |
| Cuidar dos tios                            |               |              |             |       |
| Cuidar do cônjuge                          |               |              |             |       |
| Falar com os familiares no skype           |               |              |             |       |
| Fazer caminhadas                           |               |              |             |       |
| Ir à igreja                                |               |              |             |       |
| Ir à Junta de Freguesia                    |               |              |             |       |
| Ir ao banco                                |               |              |             |       |
| Ir ao café                                 |               |              |             |       |
| Ir ao cinema                               |               |              |             |       |
| Ir às compras                              |               |              |             |       |
| Ir ao correio                              |               |              |             |       |
| Ir ao restaurante                          |               |              |             |       |
| Ir ao teatro                               |               |              |             |       |
| Ir às finanças                             |               |              |             |       |
| Ver televisão                              |               |              |             |       |
| Ler (jornais/livros)                       |               |              |             |       |
| Navegar na internet                        |               |              |             |       |
| Participar como político                   |               |              |             |       |
| Participar em atividades culturais/sociais |               |              |             |       |
| Praticar exercício físico                  |               |              |             |       |
| Sair com os amigos(as)                     |               |              |             |       |
| Voluntariado                               |               |              |             |       |

as perguntas: 19, 20 e da 24 à 29 são adaptadas de Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)



Outros:quais? \_\_\_\_\_

23.1 Além do trabalho, que atividades foi mantendo ao longo da sua vida? Sim ☐ Não ☐

23.1.2 Continua a praticá-las? Todos os dias ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente ☐  
Nunca ☐

23.1.3 Se não, qual o motivo? \_\_\_\_\_

24. De onde provêm os rendimentos do agregado? (preencher uma ou mais opções)

|   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Emprego ou negócio                        | <input type="checkbox"/> | Pensão social                                       | <input type="checkbox"/> |
| Rendimentos de capital                    | <input type="checkbox"/> | Pensão de viuvez                                    | <input type="checkbox"/> |
| Rendas de património                      | <input type="checkbox"/> | Complemento social                                  | <input type="checkbox"/> |
| Pensão de invalidez                       | <input type="checkbox"/> | Pensão de reforma social                            | <input type="checkbox"/> |
| Pensão de sobrevivência                   | <input type="checkbox"/> | Outras pensões provenientes de fundos profissionais | <input type="checkbox"/> |
| Pensão de velhice                         | <input type="checkbox"/> | Pensão de alimentos                                 | <input type="checkbox"/> |
| Complemento de pensão por cônjuge a cargo | <input type="checkbox"/> | Pensão por filhos deficientes                       | <input type="checkbox"/> |
| Subsídio de acompanhante                  | <input type="checkbox"/> | Ajuda financeira regular por parte da família       | <input type="checkbox"/> |
| Subsídio de assistência a terceira pessoa | <input type="checkbox"/> | Outro: qual? _____                                  | <input type="checkbox"/> |
| Suplemento de pensão a grandes inválidos  | <input type="checkbox"/> |   |                          |

25. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? \_\_\_\_\_Pessoas

26. Numa escala de 1 a 5, como avalia o local onde vive?



27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

Melhor ☐ Igual ☐ Pior ☐

28. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

29. Neste momento, acha que terá dinheiro suficiente para garantir o seu futuro?

Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐

30. Tem algum problema de saúde neste momento?

Sim ☐ Não ☐

29.1 Se sim, qual? \_\_\_\_\_

29.2 Essa doença interfere no seu dia-a-dia?

Muito ☐ Pouco ☐ Nada ☐

29.2.1 Se sim, como? \_\_\_\_\_

31. Que problemas de saúde teve ao longo da sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31.1 Essas doenças afetaram a sua vida? Sim ☐ Não ☐

31.2 Ficou com limitações físicas e/ou psicológicas dessas doenças?

Sim ☐ Não ☐

32. Vai ao médico? Sim ☐ Não ☐

32.1 Quantas vezes? Todos os dias ☐ Semanalmente ☐  
Mensalmente ☐ Semestralmente ☐  
Nunca ☐

**33. Autonomia** (assinale com uma cruz o seu nível de autonomia em cada tarefa)

|                                 |                 |  |  |   |
|---------------------------------|-----------------|--|--|---|
| Higiene corporal                |                 |  | Dependente   | Independente  |
| Banho                           |                 |  | Dependente   | Independente  |
| Alimentação                     |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  |
| Uso da casa de banho            |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  |
| Subir escadas                   |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  |
| Vestuário                       |                 |  | Dependente   | Necessita de ajuda  |
| Controle Bexiga                 |                 |  | Incontinente ou algaliado                            | Incontinente ocasional  |
| Controle intestino              |                 |  | Incontinente fecal                                   | Incontinente ocasional  |
| Deambulação                     |                 | Dependente                                 | Independente com cadeira de rodas                    | Necessita de ajuda  |
| Transferência cadeira/cama      |                 | Dependente                                 | Necessita de ajuda mínima                            | Necessita de grande ajuda   |
| Uso do telefone                 |                 | Não utiliza                                | Só atende  | Telefona só a algumas pessoas   |
| Fazer compras                   |                 | Não faz                                    | Precisa de ser acompanhada                           | Pequenas compras  |
| Cozinhar                        |                 | Não cozinha                                | Não tem uma dieta adequada                           | Aquece refeições e prepara se lhe derem os ingredientes                           |
| Limpar a casa                   | Não faz limpeza | Precisa de muita ajuda em todas as tarefas | Limpa diariamente mas não o aceitável para viver     | Limpa diariamente, faz a cama e lava a loiça                                      |
| Lavar a roupa                   |                 |  | Não lava a sua roupa                                 | Só lava as peças mais pequenas  |
| Viajar                          |                 | Incapaz de usar transportes                | Só anda de táxi                                      | Necessita de acompanhamento   |
| Responsável pela sua medicação  |                 |  | Não é capaz de se responsabilizar pela sua medicação | Toma medicação se anteriormente preparada por outra pessoa                        |
| Responsável pelas suas finanças |                 |  | Incapaz de tomar decisões e gerir o seu dinheiro     | Gere as suas finanças para as compras diárias mas necessita de ajuda para o resto |

(F. Araújo et al. 2008; Fátima Araújo et al. 2007; Sequeira 2010)

**34. Numa escala de 1 a 5, como classifica a sua saúde?**



**1**  
Muito Má  
☐



**2**  
Má  
☐



**3**  
Razoável  
☐



**4**  
Boa  
☐



**5**  
Muito Boa  
☐

35. No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação

|  | 0 | 1 | 2 | 3 ou 4 | 5 a 8 | 9 e mais |
|--|---|---|---|--------|-------|----------|
| <b>Família:</b> considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento ou adoção, etc. |   |   |   |        |       |          |
| 1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?   |   |   |   |        |       |          |
| 2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?           |   |   |   |        |       |          |
| 3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais                      |   |   |   |        |       |          |
| <b>Amigos:</b> considerando todos os seus amigos incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...    |   |   |   |        |       |          |
| 1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?   |   |   |   |        |       |          |
| 2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?               |   |   |   |        |       |          |
| 3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?                         |   |   |   |        |       |          |
| Score Total:   |   |   |   |        |       |          |

(Ribeiro et al. 2012)

36. Há quanto tempo frequenta a resposta social?

- Menos de um mês ☐ Entre 3 a 5 anos ☐  
 Entre 1 a 6 meses ☐ Mais de 5 anos ☐  
 Entre 6 meses a 1 ano ☐  
 Entre 1 a 3 anos ☐

37. Porque motivo ingressou na resposta social? (preencher uma ou mais opções)

- Necessidade de apoio ☐ Ocupação ☐  
 Solidão ☐ Outro: qual? ☐  
 Desenvolver atividades ☐

38. A resposta social foi a sua primeira escolha? Sim ☐ Não ☐

39. Se pudesse preferia estar em casa a ser apoiado por familiares/amigos ou manter-se nesta resposta social? (preencher uma ou mais opções)

- Resposta social ☐ Família ☐ Amigos ☐ Outro: qual? ☐

40. Acha que as respostas sociais existentes são suficientes para responder às necessidades das pessoas idosas desta freguesia? Sim ☐ Não ☐

Obrigada pela colaboração!

## **Apêndice 3 – Carta formal de solicitação de apoio à realização de inquéritos à Câmara Municipal de Mira**

departamento de ciências sociais, políticas e do território



universidade de aveiro

Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de apoio para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Câmara Municipal de Mira  
Dr. Raul Almeida

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto de pessoas idosas, pelo que solicitamos o apoio no sentido de facilitar os contactos com a população em estudo.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes

## **Apêndice 4 – Cartas formais de solicitação de apoio à realização de inquéritos às Juntas de Freguesias no Concelho de Mira**



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de apoio para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Junta de Freguesia de Mira  
Dr. Artur Fresco

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema “Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira”. Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto de pessoas idosas, pelo que solicitamos o apoio no sentido de facilitar os contactos com a população em estudo.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes

Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de apoio para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Junta de Freguesia do Seixo  
Dr. Tiago Cruz

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto de pessoas idosas, pelo que solicitamos o apoio no sentido de facilitar os contactos com a população em estudo.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes

Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de apoio para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Junta de Freguesia dos Carapelhos

Dr. Gabriel Pinho

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto de pessoas idosas, pelo que solicitamos o apoio no sentido de facilitar os contactos com a população em estudo.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de apoio para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Junta de Freguesia da Praia de Mira  
Dr. Francisco Reigota

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto de pessoas idosas, pelo que solicitamos o apoio no sentido de facilitar os contactos com a população em estudo.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



## **Apêndice 5 – Cartas formais de solicitação de autorização à realização de inquéritos às IPSS do Concelho de Mira**



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Associação de Idosos Mirense

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto das populações, pelo que solicitamos o apoio no sentido de autorizar os contactos com os utentes da Associação a que V. Exa preside.

Subcrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de inquéritos

Ex<sup>ma</sup>. Senhora Diretora Técnica do Centro Paroquial de Solidariedade Social de Mira

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto das populações, pelo que solicitamos o apoio no sentido de autorizar os contactos com os utentes da Associação a que V. Exa dirige.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo(a)</sup>. Senhor (a) Diretor (a) Técnico (a) do Centro Social Paroquial do Seixo de Mira

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema “Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira”. Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto das populações, pelo que solicitamos o apoio no sentido de autorizar os contactos com os utentes da Associação a que V. Exa dirige.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo(a)</sup>. Senhor(a) Diretor(a) Técnico(a) da Unidade Paroquial de Apoio Social da Praia de Mira

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto das populações, pelo que solicitamos o apoio no sentido de autorizar os contactos com os utentes da Associação a que V. Exa dirige.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes



Aveiro, 5 de Junho de 2015

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de inquéritos

Ex<sup>mo</sup>. Senhor Presidente da Associação de Solidariedade Social de Carapinhos e Corticeiro de Baixo

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Paula Isabel Ascensão Sousa está a desenvolver a sua dissertação subordinada ao tema "Trajetórias de vida de pessoas idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira". Com esta investigação pretende, a mestranda, avaliar a relação entre as experiências e eventos de vida com as opções na velhice quanto à escolha de respostas sociais.

Esta dissertação implica uma recolha de informação junto das populações, pelo que solicitamos o apoio no sentido de autorizar os contactos com os utentes da Associação a que V. Exa preside.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Sousa Gomes

## Apêndice 6 – Consentimento Informado



# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

relativa ao Projeto de Dissertação: **“Trajetórias de Pessoas Idosas e a opção pelo sistema de suporte no concelho de Mira: um estudo exploratório”**

Compreendi a explicação que me foi fornecida verbalmente, relativa à concretização dos objetivos do projeto de investigação. Foram prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e os procedimentos.

Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias e para todas obtive resposta satisfatória. Foi-me declarado o direito de decidir livremente a aceitação ou a recusa, a qualquer momento, da minha participação voluntária. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo.

Fui informado(a) também que todos os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Foi-me dado todo o tempo que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação voluntária.

**Assinatura do(a) participante**

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015

A estudante

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2015

# Apêndice 7 – Póster científico apresentado no VI Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social – UNIFAI 2015

## TRAJETÓRIAS DE VIDA E A OPÇÃO PELO SISTEMA DE SUPORTE NO CONCELHO DE MIRA

Paula Sousa<sup>1</sup>, Maria Cristina Sousa Gomes<sup>2</sup> & Maria Luís Rocha Pinto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro (Portugal), paulaisabel@ua.pt

<sup>2</sup>Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território Unidade de Investigação GOVCOPP Universidade de Aveiro (Portugal), mcgomes@ua.pt

<sup>3</sup>Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território Unidade de Investigação GOVCOPP Universidade de Aveiro (Portugal), mluispinto@ua.pt

### Introdução

A família surge, de acordo com vários trabalhos de investigação, como principal condicionador da opção pelo sistema de suporte (1-4). No entanto a situação económica também é apresentada, noutros estudos, como um fator a considerar face à situação da população idosa portuguesa (5-6). O processo de envelhecimento é fruto de uma experiência que se constrói com a perceção da própria pessoa integrando as trajetórias de vida que envolvem o sujeito como um todo desde o momento do seu nascimento até ao momento atual (7-9). Assim, é segundo esta perspetiva e percebendo esta realidade que surge a necessidade de clarificar quais os fatores subjacentes à escolha do sistema de suporte na perspetiva das pessoas idosas no concelho de Mira.

### Objetivos

- Perceber se as trajetórias de vida influenciam a escolha do sistema de suporte social (cuidado formal e informal);
- Compreender os condicionantes e condicionadores das pessoas idosas na opção pela resposta social no quadro das condições de vida.

### Metodologias



Figura 1. Concelho de Mira

- Estudo exploratório com base numa abordagem quantitativa (análise estatística descritiva).
- Foi aplicado um inquérito a 255 pessoas com mais de 65 anos residentes no concelho de Mira (figura 1)
- O inquérito abrange as dimensões:
  - Caracterização sociodemográfica;
  - Acontecimentos de vida e de envelhecimento;
  - Atividade profissional, ocupação e recursos económicos (incluiu recursos económicos da OARS) (10);
  - Estado de saúde (inclui escala de Barthel modificada e escala de Lawton & Brody para AIVD) (11-13);
  - Rede de suporte informal (inclui a escala breve de Redes Sociais de Lubben (14));
  - Respostas sociais.

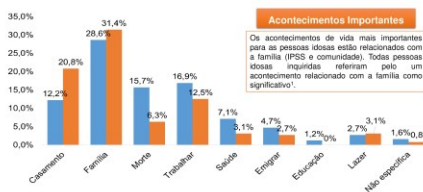
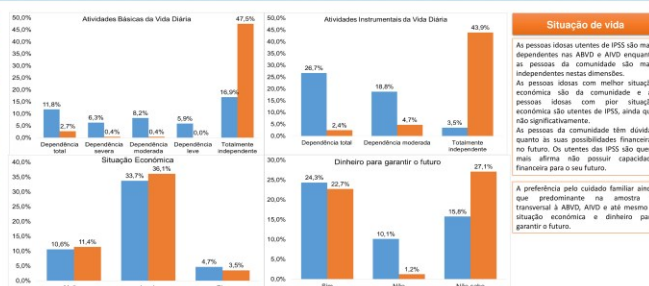
255 pessoas idosas

- 130 (51%) são da comunidade (não frequentam uma resposta social)
- 125 (49%) são utentes de uma IPSS

### Resultados

|   | Utentes de IPSS<br>n(%) | Comunidade<br>n(%) |
|---|-------------------------|--------------------|
| <b>Freguesia</b>                        |                         |                    |
| Mira                                    | 89 (34.9%)              | 89 (34.9%)         |
| Seixo                                   | 25 (9.8%)               | 25 (9.8%)          |
| Carapalhos                              | 7 (2.7%)                | 7 (2.7%)           |
| Praia de Mira                           | 4 (1.6%)                | 8 (3.1%)           |
| <b>Sexo</b>                             |                         |                    |
| Masculino                               | 31 (12.2%)              | 38 (14.9%)         |
| Feminino                                | 94 (36.9%)              | 92 (36.1%)         |
| <b>Situação Profissional</b>            |                         |                    |
| Reformado por idade                     | 84 (32.9%)              | 96 (37.6%)         |
| Reformado por invalidez                 | 41 (16.1%)              | 32 (12.5%)         |
| Não reformado                           | 0 (0%)                  | 2 (0.8%)           |
| <b>Com quem vive</b>                    |                         |                    |
| Instituição                             | 35 (13.7%)              | 0 (0%)             |
| Socinho                                 | 48 (18%)                | 39 (15.3%)         |
| Cônjuge                                 | 26 (10.2%)              | 67 (26.3%)         |
| Filhos                                  | 12 (4.7%)               | 14 (5.5%)          |
| Outros                                  | 6 (2.4%)                | 12 (4.7%)          |
| <b>Estado Civil</b>                     |                         |                    |
| Solteiro                                | 19 (7.5%)               | 10 (3.9%)          |
| Casado                                  | 36 (14.1%)              | 70 (27.5%)         |
| Viuvo                                   | 67 (26.3%)              | 48 (18.8%)         |
| Divorciado                              | 3 (1.2%)                | 2 (0.8%)           |
| <b>Nível de Escolaridade</b>            |                         |                    |
| Não sabe ler nem escrever               | 34 (13.3%)              | 23 (9%)            |
| Sabe ler e escrever                     | 7 (3%)                  | 9 (4%)             |
| Ensino básico 1 ao 3º ciclo             | 79 (40%)                | 95 (37.2%)         |
| Ensino secundário                       | 3 (1.2%)                | 2 (0.8%)           |
| Ensino superior e/ou curso profissional | 1 (0.4%)                | 10 (4%)            |

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população idosa inquirida



Os resultados apresentados são preliminares sendo necessária uma análise inferencial.

<sup>1</sup> casamento (30%), família (50%) e morte de parentes (22% perfazendo 115%).

Legenda: ■ IPSS ■ Comunidade

### Referências Bibliográficas

- Fernandes AA. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. Sociol Probl e Prát [Internet]. 2001;36:1-14. Available from: <http://sociologiapp.istep.pt/pdfs/4/36.pdf>
- Barbosa F, Matos A. Cuidadores familiares idosos: uma nova realidade, um novo desafio para as políticas sociais. Configurações. 2008;4(2008):127-39.
- Sousa L, Cerqueira M, Figueiredo D. Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice. 1ª Edição. Lisboa: Ambar; 2006.
- Alvares M, Oliveira MA, Domingues M, Almeida F, Figueiredo D. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2011;16(5):2603-11.
- Deco Proteste. Lar, caro lar. Dinheiro & Direitos. 2013;116:35-7.
- Deco Proteste. Esperar e desesperar por vida. Tese Saude. 2013;102:10-4.
- Sapin D, Sapin D, Widmer E. Les Parcours de Vie de l'adolescence au grand âge. Lausanne: Presses Polytechniques et universitaires romandes; 2007.
- Bom C, Gámeno. Trajetória de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. Sociologia. 2001;3(5):240-65.
- Lima A, Silva H, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um construto e novas fronteiras. Interface - Comun Saude e Educ. 2008;12(27):795-807.
- Pereira P, Rodrigues R, Nogueira D. Avaliação Multidimensional em Idosos. Porto: Mar da Palavra; 2006.
- Araújo F, Oliveira A, Pinto C, Ribeiro J. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saude Pública. 2007;25(2):59-66.
- Sequeira C. Cuidar da Idosos com dependência física e mental. 1ª Edição. Lisboa: Lidel; 2010.
- Araújo F, Ribeiro JP, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Actas do 7º Congr Nac Psicol da saúde. 2008;217-20.
- Ribeiro O, Teixeira L, Duarte N, Azevedo M, Araújo L, Barbosa S, et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LNS-6). Revista Temática Kairós Gerontologia. 2012;15(1):217-34.
- Gama M. Expectativas de responsabilidade filial e orientação da responsabilidade no cuidado aos idosos. Lisboa; 2011.